Tom IV. Marzec 1902. № 3.

Czasopismo Lekarskie

Stan zdrowotny robotników kesonowych

przy budowie mostu żelaznego na rzece Warcie pod Sieradzem.

Podał Dr. F. Sulikowski

„Keson jest to przyrząd umożebniający przy pomocy ścieśnionego powietrza prowadzenie robót pod wodą, najczęściej założenie podwalin pod filary mostowe na głębokości 7 — 8 i więcej sążni pod dnem rzeki". Takie określenie kesonu podaje kol. J. Świątecki w swej pracy p. t. „Niedokrwistość kesonowa" drukowanej w Gazecie Lekarskiej 1899 r. №№ 16 i 17. Dokładny opis przyrządu i robót kesonowych znajduje się w drugiej pracy tegoż autora, stanowiącej jedyną w swoim rodzaju monografię przedmiotu, drukowanej w r.1900-my zeszycie Lipcowym „Wiestnika obszczestwiennoj gigieny, sudiebnoj i prakticzeskoj mediciny", pod tytułem „Roboty kesonowe pod względem zdrowotnym". Do powyższych dwu prac odsyłam czytelników, pragnących zapoznać się dokładniej z przedmiotem.

Jako lekarz oddziałowy przy budowie kaliskiej odnogi Dr. Ż. W. W. miałem możność obserwować pod koniec lata ubiegłego roku budowę sześciu filarów pod most żelazny, których fundamenty zakładano sposobem kesonowym na głębokości 6-ciu sążni pod poziomem rzeki. Spostrzeżenia moje i kilka doświadczeń podaję poniżej.

Przy wzmiankowanej budowie przeciętnie pracowało dziennie 200 robotników, w tem 80 kesoniarzy, 10 cieśli i 6 ślusarzy, którzy do kesonów wchodzili tylko w razach wyjątkowych, 30 murarzy, pracujących na powierzchni i reszta pomocników, zajętych dowożeniem kamieni, cementu, odrzucaniem wybranej ziemi etc. Zachorowań ściśle notowanych było przez dwa miesiące budowy — 63, co po obliczeniu na jeden dzień roboczy stanowić będzie 0.525% ogólnej liczby robotników. Po potrąceniu 25 porad w przypadkach lekkich, — jak bronchitis, lekka kontuzya, lekki enteritis otrzymamy zaledwie około 0,3% zachorowań poważniejszych, wymagających kilkodniowej przerwy w pracy. Taką drobną odsetkę zachorowań objaśnić można tem, że: 1-mo, robotnicy przy budowie dobierani są chłop w chłopa zdrowi i młodzi; 2-do, że praca od-

bywała się w warunkach klimatycznych i tellurycznych nader dogodnych, bo przez całe dwa miesiące było stale ciepło i zaledwie kilka dni chłodnych i dżdżystych; baraki kesoniarzy, cieśli i murarzy zbudowane były na gruncie piaszczystym nad rzeką; 3-io, że robotnicy przy kesonach zwykle odżywiają się znakomicie.

Co do poszczególnych chorób, mam odnotowane: 16 przypadków reumatyzmu mięśniowego (patrz niżej), 3 — tyfusu brzusznego, 8 — influenzy, 7 bronchits acuta, 7 lekkich stłuczeń, 1 rana szarpana lekka, 3 oparzenia, reszta przypadki lekkie - niegodne uwagi. Z chorób wenerycznych obserwowałem 3 przypadki wtórnego przymiotu i dwa świeże zarażenia rzeżączką.

Rozpatrzmy w szczególności stan zdrowia kesoniarzy, t. j. ludzi zajętych jedynie wybieraniem ziemi z kesonu. Robotnicy ci rekrutują się przeważnie z włościan środkowych i kijowskiej gubernii. Są to specyaliści, którzy przechodzą z roboty na robotę i tylko krótką część roku spędzają w domu. Przeważnie są to ludzie młodzi, zdrowi i silni, po większej części żonaci; tylko 11 pracowało na Warcie po raz pierwszy w kesonach, reszta, to ludzie wytrawni, którzy z kesoniarstwa zrobili sobie stałe zajęcie; kilku z nich pracuje w tym fachu od 20 lat. Praca to ciężka, bo trzeba kopać ziemię na głębokości kilku sążni, w powietrzu ściśnionem do 1, $1^{1}/_{2}$, 2 i więcej atmosfer ponad normalną. A grunt trafia się rozmaity, czasem piasek, czasem kamienie lub zbita glina, którą trzeba wyrąbywać oskardami Ciężka praca w takich niezwykłych warunkach wyczerpywała by siły tych ludzi, gdyby niebyły przedsiębrane pewne środki ochronne. Tak więc podlegają oni ścisłej kontroli lekarskiej, w najlepszych warunkach wolno im pracować ylko 6 godzin z rzędu. (Zwykle pracują na dobę dwa razy po 6 tgodzin, z 6-cio godzinnemi przerwami). Po miesiącu pracy w kesonie obowiązani są drugi miesiąc pracować na powierzchni Odżywiają się przytem znakomicie; codziennie otrzymują mięso.

Warunki ich pracy i bytu objęte są „Najwyżej zatwierdzonymi przepisami przy robotach na drogach żelaznych rządowych“ (Patrz: Świątecki, „Rob. kes. pod względ. zdrowotnym“).

Na 80 kesoniarzy zanotowano porad 42, co po obliczeniu na jeden dzień roboczy wyniesie jedno zachorowanie na 114 ludzi. Na pozostałych 120 robotników wypada zaledwie 21 porada, co po obliczeniu wyniesie 1 chory na 333. Częstość przeto zachorowań wśród kesoniarzy jest przeszło trzy razy większa, aniżeli wśród robotników pracujących na powierzchni. Z poszczególnych chorób odnotowano 16 przypadków kesonowego reumatyzmu mięśniowego, 8 — influenzy, 7 — bronchitis acuta, 3 — tyfusu brzusznego, reszta —to pojedyncze przypadki różnych zachorowań.

Kesonowy reumatyzm mięśniowy jest chorobą specyalnie kesonową, o ciemnej etyologii, nie pozostawiającą w organizmie śladów. Kol. Świątecki próbował wyjaśnić przyczyny powstawania tego cierpienia; po za sferę jednak przypuszczeń nie wyszedł („Rob. kes. pod wzgl. zdrow.“). Spostrzerzenia moje również nie wyjaśniły etyologii omawianego cierpienia; zauważyłem tylko, ze cier-

pienie to występowało dopiero w drugiej połowie roboty, po miesiącu pracy, kiedy robotnicy byli już do pewnego stopnia wyczerpani z sił. Przytem na pierwszych sążniach, przy piaszczystym gruncie, cierpienie to nie występowało wcale — dopiero na głębokości 4 sążni, przy ciśnieniu minimum 12 ‶ na cal kwadratowy, gdy pracowano w zbitym ile. Być może, że omawiane cierpienie powstaje w skutek kilku różnorodnych czynników, które brane poszczególnie nie są w stanie wywołać żadnych dolegliwości; działając zas wspólnie, wywołują cierpienie, o którem mowa. Cierpienie to polega na nader silnych mięśni kończyn bólach, powstających po wyjściu z kesonu. Zmian anatomicznych przytem absolutnie żadnych wykryć nie można. Bóle te tępe, łamiące, są tak intensywne, że wyprowadzają z równowagi nawet najcierpliwszych. Niejaką ulgę sprowadza suche ciepło, masaż, a najwięcej —kilkuminutowa faradyzacya. Po dwóch — trzech dniach wypoczynku chory powraca do pracy, lecz, jeżeli nadal będzie pracować w kesonach, przed nawrotem cierpienia nie jest zabezpieczony.

Obserwowani przezemnie kesoniarze dość łatwo zapadali na cierpienia dróg oddychowych (influenza, bronchitis); da się to objaśnić tem, że w kesonie, pomimo ochładzania go, temperatura jest o wiele wyższa anizeli nazewnątrz: powietrze tłoczone do kesonu przez ściśnienie w tłokach ogrzewa się i podnosi wewnętrzną temperaturę kesonu, szczególniej w górnej części aparatu Zimą wyjście z kesonu jest urządzone do ogrzanej przestrzeni, latem jednak takich zabezpieczeń się nie robi, to też rezultatem tego są cierpienia dróg oddychowych, jakkolwiek krótkotrwałe, ale dość częste.

Trzy przypadki tyfusu brzusznego były przywiezione z drogi, bo pojawiły się chociaż nie jednocześnie, ale wkrótce po przybyciu robotników do Sieradza.

Przy wchodzeniu do kesonu, respect. z ciśnienia normalnego do zwiększonego, błona bębenkowa podlega silnemu uciskowi do wewnątrz, wskutek znacznej różnicy w zgęszczeniu powietrza w zewnętrznym przewodzie słuchowym i trąbce Eustachiusza. Różnica jest tak znaczna, że błona bębenkowa może pęknąć, jeżeli wychodzący dość wcześnie przez nadymanie się z zaciśniętemi nozdrzami nie zrównoważy cisnienia. Robotnicy przy wchodzeniu do kesonu są o potrzebie nadymania się uprzedzani i do pęknięcia błony rzadko dochodzi, zdarzają się jednak przez niedbalstwo robotników podbiegnięcia krwawe, które zwykle już po paru dniach bez śladu znikają.

Już a priori można wnosić, że taka częsta gimnastyka błony bębenkowej nie wpływa zbyt dodatnio na słuch; chcąc się przekonać o tem dokładniej, kilkunastu robotnikom przed rozpoczęciem roboty zbadałem słuch za pomocą taśmy centymetrowej i zegarka. Niestety, z powodu nieporozumień z przedsiębiorcą, tylko 7 z badanych robotę doprowadziło do końca i tych zbadałem powtórnie. Oto wynik badania:

№	IMIĘ i NAZWISKO	Który raz pracuje w kesonach?	Ile zmian pracował u nas?	Słyszy zegarek na odległość centymetrów			
				Przed rozpoczęciem robót		Po ukończeniu robót	
				Praw. uchem	Lew. uchem.	Praw. uchem	Lew. uchem.
1.	Konst. Bia.	4	88	60	80	75	65
2.	Ant. Mand.	12	88	70	64	100	100
3.	Gabr. Gor.	4	79½	70	75	50	60
4.	Fedor Iw.	25	62	20	30	30	30
5.	Mat. Szasz.	2	58	120	95	50	35
6.	Onichij Szasz.	2	58	165	135	80	50
7.	Łaz. Dimitr.	3	60	85	95	35	45

Z podanej tabliczki widać, że na 7 badanych u 4 siła słuchu zmniejszyła się znacznie. Czy to osłabienie słuchu jest przejściowe, czy też stałe, odpowiedzieć nie mogę, trzeba by bowiem ludzi tych zbadać po upływie pewnego czasu, każdy zaś z nich natychmiast po ukończeniu robót podążył do domu. Jeden z badanych, wytrawny kesoniarz, Fedor Iwanow, niepytany oświadczył mi, że od pracy w kesonach słuch tępieje. Potwierdza to jego rzeczywiście bardo małe pole słuchu.

W końcu muszę wspomnieć o moich próbach powtórzenia doświadczeń kol. Świąteckiego nad zmianami zachodzącemi w krwi królików pod wpływem dłuższego lub krótszego pobytu w kesonie. Doświadczenia te starałem się dokonywać w warunkach i sposobem podanym przez kol. Św. w jego pracy (Niedokrw. kes. Gaz. Lek. №№ 16 i 17. r. 1899). Wynik badań podaję w końcowej tablicy; według mego zdania na największą uwagę zasługuje doświadczenie z królikiem № 4, który był noszony do kesonu na zmianę, inaczej mówiąc, spędzał kolejno 6 godzin w kesonie i 6— na wolnem powietrzu, czyli przebywał w kesonie tyleż czasu, co i sami kesoniarze. Tak u tego królika, jakoteż u №№ 0, 2, 3 i 5 okazało się zmniejszenie ilości czerwonych i zwiększenie — białych ciałek krwi; procent hemoglobiny obniżył się u królików №№ 0, 2 i 3,

Nie wyprowadzam z moich doświadczeń żadnych wniosków, ani śmiem je porównywać z doświadczeniami kol. Świąteckiego, ale „feci, quod potui, faciant meliora potentes“.

Królik	Wsadzony dnia	Wyjęty dnia	Maximum ciśnienia ℔ na cal □	Przebył godzin w kesonie	WYNIK BADANIA. Data	Waga ℔	Erytrocyty	Leukocyty	% H.	Uwagi
№ 0 Samiec	27/VIII	12/IX 1901	26	340	26/VIII 1901	4 ℔	6.500000		70	Zdechł 18/IX z przyczyny niewiadom.
					12/IX	4½	5.125000		50	
№ 1 Samiec	27/VIII 1901	29/VIII 1901	7½	36	26/VIII	4	6.700000		75	
					29/VIII	4	7.400000		80	
					30/VIII		6.750000		75	
№ 2 Samica	27/VIII 1901	2/IX 1901	15	96	26/VIII	3½	6.300000		70	
					2/IX	3½	5.400000		65	
№ 3 Samica	27/VIII 1901	9/IX 1901	20	270	25/VIII	3½	8.000000	6875	70	
					9/IX	3½	5.800000	11.560	45	
					12/IX		6.800000	10.000	55	
					13/IX		6.800000	7.800	60	
					15/IX		7.200000	8.125	60	
					17/IX		6.500000	5.470	65	
					24/IX		6.000000	7.500	65	
					27/IX		6.800000	6.250	65	
№ 4 Samiec	16/IX 1901	30/IX 1901	25	182	12/IX	4	6.530000	6000	70	Był noszony do kesonu przez 27 sześciogodzinnych zmian.
					30/IX	4½	6.175000	9.200	70	
					1/X		5.320000	8.000	65	
					2/X		6.200000	7.500	70	
					3/X		6.780000	6.200	65	
					4/X		5.700000	6.000	70	
					5/X		6.500099	7.000	65	
№ 5 Samiec	16/IX 1901	25/IV 1901	20	160	13/IX	3½	6.730000	7.200	60	
					25/IX	3	6.000000	10.000	70	
					27/IX		5.700000	9.000	70	
					30/IX		7.000000	7.600	70	
№ 6 Samiec	16/IX 1901	30/IX 1901	25	300	13/IX	3½	6.270000	5.780	60	
					1/X	3	5.860000	10.000	65	
					3/X		6.930000	6.560	60	
					4/X		6.360000	7.000	65	

W sprawie opieki nad obłąkanymi.

Podał Dr. **K. Rychliński** (z Warszawy)

Jak ma postąpić lekarz-praktyk z chorymi obłąkanymi, do których został żawezwany do domu? stawia mi pytanie redaktor „Czasopisma lekarskiego“.

Aby godnie odpowiedzieć na to pytanie, musiałbym przynajmniej w pobieżnych rysach poruszyć sprawy rozpoznania psychiatrycznego i przy każdej postaci chorobowej czynić uwagi, jak należy postępować.

Pomijając nieuniknione błędy, których sprawcą sam byłbym, zupełnie nieuwzględniając lub niedostatecznie uwzględniając indywidualizowanie każdego poszczególnego przypadku, co w cierpieniach umysłowych jest rzeczą wprost nieodzowną, wdawać się w szczegóły rozpoznania na tem miejscu nie jestem w stanie. Cierpienia umysłowe, jak zresztą wszystkie prawie cierpienia innych narządów, mają to do siebie, że w przejawach swoich są wielorakie, że przed okiem spostrzegacza mienią się w obrazach niemal kalejdoskopowych. Takie pospolite u nas cierpienie, jakiem jest bezwład postępujący (33⁰/₀ wszystkich umysłowo-chorych) przebiega pod tak wieloma postaciami, że postępowanie lekarza w każdym poszczególnym przypadku, musi być różne. Bardzo obszerna grupa cierpień o tle t. zw. paranoicznem, wymaga również specyalnego traktowania w każdym poszczególnym przypadku. Grupa ostrych psychoz z obszerną skalą różnych działów wymaga pszedewszystkiem jasnego zdawania sobie sprawy, z przewagą jakich objawów ma lekarz do czynienia.

Wezwany do chorego, który zdradza objawy obłąkania, lekarz przedewszystkiem winien obrać drogę prawdy, t. j. powinien otoczeniu chorego zapowiedzieć, żeby okłamywaniem, że przyjdzie odwiedzić pacyenta znajomy, interesant i t. d., a nie lekarz, nie bałamucili chorego. Otoczenie—a tem więcej sam chory—od pierwszej chwili zachorzenia powinien być utrzymywany w tem przekonaniu, że objawy, które poczyna zdradzać, zależą od choroby. W większości przypadków ta droga postępowania prowadzi do celu, jakim musi być dla lekarza chęć przekonania chorego, że leczyć się powinien i musi. Podstęp, którego tak często chwyta się otoczenie chorego, bardzo często prowadzi do nieprzyjemnych kolizyi, bardzo często jest powodem, że w chorobliwym umyśle cierpiącego, zjawiać się musi jeszcze większa ilość bezładnych kojarzeń.

Obłąkany powinien wiedzieć, że jedzie do zakładu leczniczego, powinien, jeżeli już nie rozumieć, to przynajmniej odczuwać niezbędność poddania się pewnym wskazaniom lekarza. Wzmian-

kowana powyżej droga szczerego postępowania z chorym, jak wykazuje praktyka, w $^{9}/_{10}$ przypadkach w zupełności da się zastosować. Po za korzyścią, która nieomieszka się ujawnić w dalszem postępowaniu z chorym, lekarz zyskuje na razie przedewszystkiem pewien wpływ wśród otoczenia, które najwięcej okazuje niepokoju, ujemnie wpływającego na chorego.

Jeżeli spokojne rozważanie sytuacyi, niezbędne jest już podczas opowiadania otoczenia o chorobliwych przejawach cierpiącego, tem więcej spokoju okazać winien lekarz podczas pierwszych odwiedzin chorego. Nie zaprzeczamy, że wyrobienie specyalne lekarza odgrywa tutaj pierwszorzędną rolę, że oryentowanie się w każdym objawie, że kierowanie rozmową z chorym, ma niezaprzeczone znaczenie, tem niemniej utrzymujemy, że każdy lekarz — praktyk, ma dostateczny zasób wiadomości, by połapać się w zasadniczych przejawach choroby umysłowej. Lekarze-praktycy, o ile poucza doświadczenie, zamało zdradzają spokoju, a za wiele obawy wobec umysłowo-chorego. Obłęd, spostrzegany u bliźniego, okrywa pewną pomroką ten pewnik, że w chorobie umysłowej chory częstokroć nie zatraca prawidłowości logicznego myślenia. Założenie, z którego wychodzi chory, jest błędne i chorobliwe, lecz przesłanki, logiczne w wielu wypadkach, są utrzymane w mniejszym lub większym porządku. Dziwne i napozór tak odległe od normy postępowanie obłąkanego, przy wnikaniu w pobudki czynów chorego, w oczach lekarza niejednokrotnie nabierają—przybliżonego przynajmniej i do prawdy wiele zbliżonego, przeświadczenia o takim lub innym rozumieniu chorobliwie zmienionej jaźni pacyenta.

Jasne zdawanie sobie sprawy z przewagi tych lub innych przejawów chorego umysłu, to nie tylko wrota, przez które wskazania lekarskie łatwiejszy dostęp mieć będą, lecz i droga, po której idąc lekarz z łatwością postawi rozpoznanie, a co z tego wynika—wskazówki lecznicze a w wielu wypadkach bardzo trafne rokowanie.

Otoczenie chorego, nieposkramiane należycie przez lekarza, w swem panicznym lęku, jaki wywołuje obłęd, popełnia częstokroć cały szereg czynów, które, gdyby nie powołane przez dobre chęci, nazwać bym musiał brutalnością. Brutalności i pewnego zdziczenia dowodzić bowiem powinno w oczach naszych krępowanie chorych powrozami, ba nawet łańcuchami. Lekarze specyalnych zakładów powstrzymać się nie mogą od wyrażenia zgrozy na widok związanego chorego, bo wiedzą, że za małymi wyjątkami (naprz. psychoza padaczkowa u niektórych chorych) wystarczy łagodne powstrzymanie chorego i czujny, z pozostawieniem pewnej swobody ruchów, dozór otoczenia. Patrząc na skrępowanego chorego, niejednokrotnie ciśnie się pytanie — czy wie to wylękłe otoczenie, że przez czyn swój zniszczyło w niektórych (prawda nielicznych) przypadkach możność wyleczenia chorego, we wszystkich zaś—zaszczepiło pewną niechęć i żal do siebie i odroczyło termin wyzdrowienia?

Umysłowo chory, w przypadkach możliwych do wyleczenia, jest wdzięczny za okazane mu współczucie w czasie okresu ostrych przejawów choroby, w razach zaś nieuleczalnej choroby, umie odczuć łagodne i ludzkie z nim obejście. I w tych nawet razach, gdy skołatany chorobą umysł pacyenta nie umie sobie zdać najmniejszej sprawy z otaczających go warunków, uczucie ludzkości powinno przeważać bez względu na to, że bliźni nie potrafi ocenić naszego postępowania.

Z umysłu podnoszę sprawę krępowania chorych, gdyż wierzę, że wpływ lekarza pod tym względem może okazać zbawienne skutki. Lekarza bowiem obowiązkiem jest wytłómaczyć otoczeniu, że w razach wielkiego podniecenia chorego częstokroć wystarczy łagodne tłumaczenie, że winien się uspokoić i chwilowe przytrzymanie chorego. W wielu razach należy choremu pozostawić swobodę ruchów, usunąwszy uprzednio z pokoju, w którym on przebywa, wszystkie niepotrzebne rzeczy.

W przebiegu wielu ostrych psychoz, którym towarzyszy wielkie podniecenie, zbawiennie niejednokrotnie działa suche a nawet wilgotne kocowanie. Ten sposób uspokojenia chorego śmiem polecać w tych przypadkach, w których stan serca i ogólne odżywianie nie stoi temu rękoczynowi na przeszkodzie. Umiejętnie zrobione owijanie chorego na przeciąg 2 — 3 godzin w wielu przypadkach, po za leczniczem znaczeniem, jest w stanie wywołać znaczne uspokojenie podniecenia. Chory powinien wiedzieć o tem, że będzie miał zastosowane owijanie; choremu powinniśmy mówić o znaczeniu przedsiębranego zabiegu bez względu na to, że na pierwszy rzut oka nie rozumie on, co do niego mówimy. Doświadczenie poucza, że chorzy z okresu nawet najostrzejszych przejawów cierpienia. zachowują wspomnienie tych czynów, które na nim lub koło niego były dokonywane. Rozumowanie nasze, lubo w chwili ostrych przejawów nie są brane przez chorego w rachubę, tem niemniej stają przed oczami jego w okresie zdrowienia i mają niejednokrotnie wpływ na czas trwania całego cierpienia. Szczere i spokojne postępowanie winno być przewodnią nicią w zalecaniu środków lekarskich i w zwalczaniu tak często występującego uporu u chorych pod względem nie przyjmowania pokarmów. Lekarz wobec umysłowo-chorego (szczególniej tyczy się to przypadków ostrych psychoz) winnien myśleć, że tak rzeknę, głośno. Choremu powinniśmy wpajać, że myśli on nieprawidłowo, że czyny jego są wynikiem chorobliwie zmienionego kojarzenia.

Cała grupa ostrych psychoz, do których zaliczyć musimy poporodowe zachorzenia, bezład myślowy (Amentia) w różnych przejawach, ostre omamowe obłąkanie, szał opilczy, psychozy nerwicowe (histeryczne, neurasteniczne), szaleństwo, zadumę i t. p., przebiegają prędzej i łagodniej przy zastosowaniu scisłego leżenia w łóżku (Bettbehandlung). Niestety, metoda ta da się zastosować w wielu wypadkach tylko tam, gdzie są do tego potrzebne warun ki.

Nieodzownym warunkiem do zastosowania scisłego leczenia

oprócz odpowiedniego pomieszczenia zjawia się obecność dobrze przygotowanych pielęgniarzy, których nawet wielkie zakłady specyalne nie posiadają częstokroć. Najbliższe otoczenie chorego, a nawet dalsza rodzina, zdaniem naszem, w większości przypadków nieumie a przez to i niemoże zajmować się doglądaniem chorego. Ze względu na brak umiejętnej opieki z jednej strony, z drugiej zaś strony zważywszy, że stworzenie odpowiednich dla umysłowo-chorego warunków pociąga za sobą bardzo znaczne koszta, w przeważnej liczbie wezwań do tego rodzaju cierpień lekarz musi zalecać oddanie chorego do specyalnego zakładu.

Rumienić się nam wypada na myśl, że dotąd nie posiadamy odpowiednio urządzonego zakładu leczniczego dlu zamożnych umysłowo-chorych. Istniejące zakłady w Lublinie (Dr. Olechnowicza), w Micinie pod Pruszkowem dla kobiet (p. Czajkowskiej) i w Warszawie (własność sukcesorów Dr. Chomętowskiego) po części tylko odpowiadają wymogom nowoczesnych zapatrywań na leczenie umysłowego cierpienia. Liczna rzesza zamożnych ludzi w razie wybuchu cierpienia udaje sią zagranicę i za stosunkowo duże pieniądze częstokroć bardzo nieszczególnie umieszcza chorego w licznych tamtejszych zakładach prywatnych i krajowych. Nie mam prawa wdawać się w ocenę kierownictwa, jakie widnieje w wielu zakładach zagranicznych, nie mogę się jednak powstrzymać od uwagi, że spotykałem niejednokrotnie polskich pacyentów w strasznem opuszczeniu i zaniedbaniu.

Dla liczniejszej rzeszy mniej zamożnych chorych i dla wielkiej liczby zupełnie biednych obłąkanych pozostają krajowy zakład w Tworkach, szpital Św. Jana Bożego w Warszawie, oddziały specyalne dla kobiet i meżczyzn przy 2-ch szpitalach Lubelskich i specyalny oddział przy szpitalu żydowskim w Warszawie.

Szpitale w Tworkach i Św. Jana Bożego po dokonanych przeróbkach, na ogół biorąc, odpowiądają przez swe urządzenia celowi, któremu służyć mają i grzeszą przeważnie tem, że wskutek wielkiego przepełnienia, w jakim to stanie zawsze się znajdują, muszą odmawiać gościny zgłaszającym się chorym.

W sprawie opieki nad umysłowo-chorymi doszło do tego, że przyjęcie chorego do zakładu zaliczonem być musi do bardzo szczęśliwego zbiegu okoliczności. Przyjęcie do zakładu (szczególniej na t. zw. oddział ogólny) — to los wygrany na loteryi przez rodzinę, która ma nieszczęście posiadać obłąkanego.

W oczekiwaniu na szczęście losu kandydat do zakładu powinien posiadać potrzebne kwalifikacye o których winienem na tem miejscu nadmienić—choćby z tego, względu, że niejednokrotnie widziałem chorych, których szpital przyjąłby, gdyby posiadali potrzebne papiery.

Według brzmienia Ustawy z r. 1842, obowiązującej szpitale (za wyjątkiem zakładu w Tworkach, który posiada własną Ustawę) odnośne paragrafy głoszą:

§ 312.

Mając na uwadze, że pomieszczenie w zakładzie dla obłąkanych człowieka, któryby nie był istotnie obłąkanym pozostawia, na przyszłość smutne na nim wrażenie, a nawet prowadzi do gorszych skutków, zachowaną przeto ma być jaknajwiększa ostrożność w przyjmowaniu do tego rodzaju zakładów.

§ 313.

Wydawanie odpowiedniej kwalifikacyi należy do urzędników administracyjno-lekarskich, po starannem wyśledzeniu stanu rzeczy na miejscu i protokularnem spisaniu wszelkich wiadomości, które istotę choroby wyjaśnić mogą. Wiadomości te spisane będą w kształcie odpowiedzi na zapytania, podane w ogólnych przepisach dla zarządu Spraw Wewnętrznych № 21 pod dniem 18/30 V. 1839 r.

§ 314.

Mogą być także przyjmowani do szpitala obłąkani, leczeni już przez innych lekarzy, skoro złożone zostanie świadectwo przez 3 lekarzy praktycznych podpisane, wraz z historyą choroby i protokółem przez urzędnika sądowego spisanym, któryby obejmował zeznania świadków o poszlakach obłąkania umyslu osoby, kwalifikującej się do zakładu obłąkanych.

§ 315.

Jeżeli by chory, pozostający w innym jakim szpitalu, okazał się być obłąkanym, wówczas kwalfikacyą do zakładu dla obłąkanych wydaje naczelny lekarz szpitala, z załączeniem historyi chroby i spisaniem wobec jednego z członków Rady Szczegółowej opiekuńczej protokółu o zewnętrznych oznakach, przekonywać o obłąkaniu umysłu mogących.

§ 316.

Sądy kryminalne mogą także kwalifikować do pomieszczenia w zakładzie dla obłąkanych, jeżeli z toku sprawy wykrywa się, lub jest podejrzenie, że obwiniony dopuścił się występku w stanie obłąkania. Z więzień też mogą być odsyłani do zakładu dla obłąkanych zbrodniarze obłąkani, lub podejrzani o pomięszanie umysłu. Dla nich jednakże urządzone być winny osobne miejsca, opatrzone oddzielną strażą, podług rodzaju uwięzienia.

§ 317.

Dozwala się przyjąć obłąkanego, nieposiadającego pomienionych wyżej kwalifikacyi, jeżeli obłąkanie umysłu objawia się u niego na pierwszy nawet rzut oka. zbyt rażącemi oznakami, a zwłaszcza, jeżeli postępki jego są gwałtowne, szkodą dla innych lub dla niego samego zagrażające.

§ 318.

O takich chorych bez właściwych kwalifikacyi ze strony władzy, przyjętych do zakładu na żądanie familii lub innych osób niemi się opiekujących, zawiadomioną ma być natychmiast władza policyjna i prokurator królewski tego miejsca, gdzie chory miał zamieszkanie prawne. W razie, gdyby niewiadome było miejsce zwykłego zamieszkania, wówczas rada opiekuńcza zakładu o przyjęciu takiego obłąkanego zawiadomi Jeneralnego Prokuratora i władzę policyjną tego miejsca, w którem się szpital znajduje, z wyjaśnieniem wszystkich szczegółów przyjęciu chorego towarzyszących, a to dla dopełnienia wszelkich prawnych formalności.

Tyle mówi ustawa szpitalna z r. 1842. Ponieważ jednak od tego czasu zmieniło się wiele i w zarządach i w ogólnej administracyi szpitalnych (brak Rad Opiekuńczych, zmiana tych urządzeń sądowych, które wówczas były) i w poglądach na chorobę umys-

łową, przeto bez urzędowego odwołania prawomocności powyższych paragrafów, obecnie i w Tworkach i w szpitalu Św. Jana Bożego nie koniecznie jest wymagane świadectwo „przez urzędników administracyjno-lekarskich“ wydane. Zarządy szpitalne uwzględniają świadectwa lekarzy wolnopraktykujących, byle ostatnie były napisane treściwie, z podaniem wywiadów i z zarysem przebiegu choroby. Innych natomiast wymagań trzyma się zarząd oddziału dla umysłowo-chorych przy szpitalu żydowskim na Czystem. Tam bez urzędowej kwalfikacyi lub bez świadectwa z podpisami 3-ch lekarzy, chorego wzbraniają się przyjąć. Formalizm ten uciążliwy, w praktycznem znaczeniu dosyć srogi, znajduje podstawę w ścisłem wypełnieniu § 313 Ustawy obowiązującej.

Po za świadectwem lekarskiem, kandydat do szpitala winien posiadać deklaracyę, poświadczoną przez odnośne organy władzy administracyjnej (magistrat, urząd gminny, cyrkuł policyjny) i głoszącą, że podpisany na deklaracyi krewny lub opiekun ponosić będzie koszta leczenia.

Koszta te na ogólnych salach wynoszą obecnie 50 kop. dziennie, na oddziałach pensyonarskich II-iej kl. 1 rb. 50 kop., I-ej kl. —2 rb. 50 kop. W oddziale zaś przy żydowskim szpitalu zamiejscowi chorzy na ogólnych salach płacą 1 rb. dziennie. Trudne warunki bytu wielu biedaków, dla których opłata powyższa (poprzednio była 30 kop. dziennie) jest za wysoką, zrodzić musiały cały szereg niemoralnych czynów, polegających na podstępnem podpisywaniu deklaracyi przez biedaków, nic nie posiadających. Zwrot kosztów leczenia chorych począł maleć i Rada Miejska Dobr. Publicznej, jako główny gospodarz szpitali specyalnych, zmuszoną była wydać polecenie (d. 4 Marca 1897 r. za № 2658), które nakazuje intendentom, by byli przyjmowani tylko tacy chorzy, którzy przedstawią deklaracyę poświadczoną przez odnośne władze (policyjno-administracyjne), że oddający chorego i podpisany na deklaracyi posiada majątek (wyszczególnienie posiadanego majątku niezbędne) i że zwrot kosztów szpitalnych będzie zabezpieczony. Końcowy ustęp tego okólnika w dosłownem tłumaczeniu brzmi w sposób następujący:

„Jeżeli podobne zaświadczenie przekona pana (intendenta) o całkowitem zabezpieczeniu zwrotu kosztów leczenia, to chory może być przyjęty do zakładu na żądany oddział, innym zaś, nie posiadającym podobnej gwarancyi, należy odmawiać przyjęcia“.

Zupełnie zrozumiałe ze względów finansowych powyższe rozporządzenie p. Naczelnika Rady Miejskiej Dobr. Publ. w praktyce szpitalnej niejednokrotnie jest bardzo uciążliwe, gdyż, pomijając tę okoliczność, że przyjęcie chorego nie jest zależnem li tylko od lekarza, jak to być powinno, wytwarza zupełnie niepotrzebne panoszenie się intendentów. Małe jakieś opuszczenie przez władze poświadczające deklaracyę wystarczy, by chory nie znalazł potrzebnej pomocy lekarskiej.

Nie mogę się bawić na tem miejscu w przytaczanie licznych, a niestety aż nazbyt licznych, wypadków nieprzyjęcia chorego li

tylko wskutek niezachowanej tej lub innej formalności, winienem jednak nadmienić, że każdy chory, kierowany do zakładu, winien posiadać:

1-o formalne świadectwa lekarskie, najlepiej z poświadczonym podpisem lekarza;

2-o deklaracyę, poświadczoną przez władze administracyjno-policyjne. z wyszczególnieniem posiadanego majątku i z nadmienieniem, że zwrot kosztów leczenia jest zabezpieczony;

3-o osobisty dowód legitymacyjny chorego.

Ponieważ wszystkie gubernie Królestwa Polskiego opłacają podatek na utrzymanie zakładu w Tworkach, przeto w ostatnim są bezpłatne miejsca dla mieszkańców danej gubernii. Liczba bezpłatnych miejsc, odpowiadając wysokości składanego podatku, jest różna dla różnych gubernii. Kwalifikowanie do zajęcia bezpłatnego miejsca należy do p. gubernatora odnośnej gubernii, do niego przeto należy się zwracać przedewszystkiem z prośbą o umieszczenie biednego mieszkańca gubernii. Kwalifikowanie na bezpłatne miejsca dla stałych mieszkańców miasta Warszawy należy do Rady Miejskiej Dobr. Publicznej.

Na tych główniejszych wskazówkach muszę zakończyć rozdział o przyjmowaniu chorych do specyalnych zakładów.

Zakładów tych mamy tak mało, że wierzyć się niechce, że w społeczeństwie, które ma prawo na wielu polach pracy społecznej chlubić się, opieka nad obłąkanymi jest w takiem zaniedbaniu. Wstęga niedoli, w której żyją nasi obłąkani, wije się wśród płaczu i trwogi tych rodzin, które posiadają takich chorych.

Brzemię ciężaru, które ponosi pracująca klasa społeczeństwa wskutek braku miejsc w specyalnych zakładach, odbija się na ekonomicznym bycie kraju i na moralności szerokich warstw ludności.

My lekarze najlepiej wiemy o tej niemej i bezradnej rozpaczy, którą ujawnia biedna żona, nie mogąca pomieścić chorego męża, my częściej, niż kto inny, mamy możność spostrzegać wokół chorego ten paniczny lęk, który wytrąca z rąk otoczenia narzędzie pracy, zabezpieczającej codzienny byt rodziny, w której zdarzył się wypadek cierpienia umysłowego. Od nas lekarzy, zdaniem mojem, wyjść powinien głos wołania o poprawę stosunków na polu opieki nad obłąkanymi. My w pierwszej linii powinniśmy być rzecznikami celów Towarzystwa Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, które założono w Warszawie. Takie Towarzystwa powstawać powinny w każdej gubernii Królestwa, a jeżeli powstanie Towarzystwa znalazłoby trudności, powinniśmy zjednywać dla już istniejącego zwolenników. Instytucya społeczna ostać się może, rozwinąć swe skrzydła potrafi tylko wtedy, gdy poprą jej cele nie setki, lecz tysiące współobywateli. Warszawskie Tow. pomocy lekarskiej i opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, nakreśliwszy szeroki program pracy społecznej, dąży do zakładania schronisk, kolonii, szpitalów i sanatoryów dla licznej rzeszy nerwowo i umysłowo-chorych; do swych zakładów zamierza ono przyjmować wszystkich potrzebujących bez względu na miejsce stałego zamie-

szkania, ma prawo przeto oczekiwać, że dążenia jego znajdą poparcie we wszystkich zakątkach kraju.

Wśród społeczeństwa naszego spostrzegać się daje pewna ospałość, pewna obojętność na sprawy lecznictwa i przytulania. Budzić z odrętwiałości, która odbija się echem tysięcznem na gospodarce społecznej, do pewnego stopnia należy do zadań lekarza-praktyka.

Racyonalne postępowanie z obłąkanym możliwe będzie dopiero wtedy, gdy społeczeństwo samo, ujmując w swe ręce sprawy lecznictwa, dźwignie niezbędne zakłady.

Projekt pomocy lekarskiej gminnej

na tle obecnej organizacyi płockiej

Podał Dr. **A. Zalewski** (Płock)

Potrzeba odpowiednio zorganizowanej pomocy lekarskiej dla ludności niezamożnej naszego kraju, tak dawno odczuwana przez społeczeństwo, omawianą była wielokrotnie na łamach prasy naszej specyalnej i ogólnej i na posiedzeniach naszych towarzystw lekarskich; doczekać się jednak urzeczywistnienia nie mogła.

„Próbna organizacya“ dla gub. Płockiej, wprowadzona przed 3-ma laty,—przy najlepszych chęciach i staraniach lekarzy, udział w niej przyjmujących, zawieść musiała z powodów wielokrotnie już omawianych, jak: zbyt mała ilość lekarzy, system punktów rozjazdowych, zaniedbanie szpitali (z nich niektóre do ruiny doprowadziło, np. szpital w Przasnyszu). i t. d Wogóle, w praktyce tej „próby“ okazały się usterki i braki takie, które wniwecz obróciły projekt mało uwzględniający: miejscowe warunki, przedsięwzięte zadanie i niezbędne środki materyalne. A miała ta organizacya podług słów ustawy „u d o s t ę p n i ć p o m o c l e k a r s k ą w k a ż d e j p o r z e i k a ż d e m u b i e d n e m u, c z y z a m o ż n e m u“.

Przy wprowadzeniu w życie tak doniosłej sprawy należałoby rzecz wszechstronnie i głęboko obmyśleć, bo złe postawienie w początkach—dyskredytuje, do całej sprawy zniechęca.

Dziś ludność wielu miejscowości g. Płockiej stara się brakom zaradzić różnymi sposobami: albo niezależnie od organizacyi wchodzi w umowę z lekarzami wolno-praktykującymi, albo niepokoi władze skargami, jak to np. świeżo miało miejsce w osadzie Bo

dzanów, w punkcie odległym od miejsca zamieszkania lekarzy wolno-praktykujących i dlatego pozbawionym pomocy lekarskiej. W Bodzanowie lekarz wolno-praktykujący utrzymać się nie może; lekarz obwodowy raz na tydzień tam bezpłatnie chorych przyjmuje, zaś sześć dni na tygodniu ludność pozostaje bez pomocy: kto zachoruje we czwartek—czekać musi z poradą do środy tygodnia następującego.

Organizacya takiej służby zdrowia, którąby niosła wystarczającą pomoc wszystkim bez wyjątku, upaństwowiłaby, jednem słowem, lekarzy, zbyt wielką opłatą zaciążyłaby na ludności, wymagałaby bowiem wielkiej ilości lekarzy i wysokiego ich wynagrodzenia. Bo postarajmy się tylko obliczyć.

Ponieważ chorych rocznie na gub. płocką przy ludności około 600 tys. wypadałoby przynajuniej około 480 tys.*), a przy bezpłatności i łatwości pomocy lekarskiej ilość szukających porady w chorobie zwiększa się ciągle i rzadko chory porady szukać nie będzie, to, przyjmując tylko 480 tys. porad rocznie, rozwiązać należy zadanie i l u lekarzy temu podołać by mogło. Na każdy dzień w roku wypadnie średnio przeszło 1,300 porad (a właściwie chorych, którym w tej samej chorobie często kilka, lub więcej porad udzielić należy), z których — jak praktyka lekarzy wiejskich ogólnie wykazuje, przynajmniej $^1/_8$ część wypadnie odwiedzić w domu, a zatem na 1 dzień trzeba 187 wyjazdów do chorych i około 1.100 chorych (porad naturalnie więcej) w miejscu zamieszkania lekarza. Jeśli uczątek lekarza będzie niewielki, około 5 do 8 wiorst w promieniu, to jeden lekarz podoła, mniej więcej, 2-om wyjazdom na dzień, do czego potrzebnych by było 90-ciu lekarzy i ci mieliby jeszcze około 12 chorych (porad znacznie więcej) do codziennego przyjęcia, co wcale nie byłoby pracą zbyt małą. Do wydatków na utrzymanie 90-ciu lekarzy na gub. płocką, dodać by należało jeszcze wydatki na niższy personel lekarski, na środki lecznicze i na szpitale. W gub. płockiej dziś praktykuje lekarzy 36, a przybytek 8 lekarzy gminnych pracy ich wcale nie zmniejszył; dowodzi to właśnie, że lekarzy było za mało, że idea uprzystępnienia pomocy lekarskiej dla ludności niezamożnej jest kwestyą bardzo żywotną, bo „medycyna dzisiejsza, to klejnot dla bogaczów jedynie, a powinna być jak woda dla wszystkich, w równym, w najlepszym gatunku“.

---

*) Obliczenie zachorowalności, to jest ilości rocznej chorych w danym okręgu, jest rzeczą trudną. W przybliżeniu, podług Petenkofera, oznaczać ją można, mnożąc cyfrę śmiertelności przez 30-ści. Ponieważ podług urzędowych wykazów statystycznych w r. 1899 w gub. płockiej było wypadków śmierci około 16 tysięcy, czyli na jednego lekarza, licząc ich 12-u, wypadków śmierci będzie około 1.300, to cyfrę zachorowań otrzymamy, mnożąc 1.300 przez 30 t. j. około 40 tys., a na całą gubernię 480 tysięcy.

Dziś u nas, siłą rozwoju własnego, warunki pomocy lekarskiej ułożyły się i postępują wciąż w sposób dość odpowiedni dla ludności zamożnej; idzie tylko o to, by ludności niezamożnej uprzystępnić tę pomoc, a pomoc dla wszystkich bezpłatna w obecnej przynajmniej dobie jest niewykonalną mrzonką; czas upaństwowienia lekarzy jeszcze nie nadszedł—jest to kwestya dalszej przyszłości. Dziś przecież z zaprowadzeniem lekarzy gminnych, czy uczątstkowych, nie możemy rugować lekarzy wolnopraktykujących i aptek. Toteż powiedzmy, że kto chce korzystać z pomocy bezpłatnej, niech korzysta; praktyka jednak, jak w ziemstwach, tak i 3-letnia w gub. płockiej wykazała, że z pomocy tej korzystają przeważnie warstwy niezamożne.

Do wprowadzenia w życie sprawy tak ważnej potrzeba głębszych studyów—potrzeba dłuższych narad ludzi kompetentnych i, aby nie wpaść w jednostronność, powołać należy do udziału przedstawicieli warstw różnych, a zdania lekarzy pomijać, jak to działo się z projektem płockim, chyba także by nie należało. Prócz rzeczy podstawowych, obmyśleć tu trzeba dużo szczegółów, poświęcić na to wszystko sporo czasu, u nie rozstrzygać jednem pociągnięciem pióra.

Wprowadzenie jakiejś niedoskonałej ozganizacyi pociągnie za sobą bezużyteczny, nieprodukcyjny wydatek, niedozwolony w urządzeniach publicznych.

Mamy się przecież na czem oprzeć, spożytkować doświadczenia długolotnie innych, zastosowując je odpowiednio do miejscowych warunków i potrzeb: takim wzorem służyć tu muszą tak świetnie rozwijające się urządzenia medycyny ludowej w ziemstwach, a przedewszystkiem w gub. Moskiewskiej, co tak wszechstronnie przedstawiono w pracy wyszłej w r. 1899 z powodu XII Zjazdu lekarskiego międzynarodowego pod tytułem „Russkaja Ziemskaja Medycyna“.

Dopiero po wszechstronem rozważeniu historyi i stanu obecnego interesującej nas sprawy, i z drugiej strony: potrzeb i środków własnych, zapoczątkować możemy rzecz prawdziwie pożyteczną, zdolną do dalszego, naturalnego rozwoju.

Oczywiście, projekt niniejszy wcale nie rości i rościć nie może pretensyi do ideału; dąży tylko do naszkicowania w grubych zarysach wytycznych punktów, do przedstawienia tego, co obecnie, zdaniem naszem, jest najpilniejszem.

Przedewszystkiem, dokładnie należy ograniczyć zakres nowej organizacyi, jeśli brak środków na przeprowadzenie jej w całej rozciągłości.

W e ź m y więc z a z a s a d ę p o m o c l e k a r s k ą d l a l u d n o ś c i n i e z a m o ż n e j i rozpatrzmy, co przy ograniczoności środków da się zrobić najkorzystniejszego i najpraktyczniejszego, pozostawiając przyszłości możliwe dopełnienia i ulepszenia.

Najsampierw określenie niezamożności jest bardzo trudnem; nie siląc się na to, by określić dokładnie, kto ma prawo korzystać z porady bezpłatnej, powiedzmy „korzysta z porady bezpłat-

nej każdy, kto uzna, iż jest w położeniu, uniemożliwiającem mu wydatki na pomoc lekarską". A ponieważ pomoc lekarska, wprowadzona na zasadach organizacyi, przestaje być filantropijną, a staje się społeczną, opłacaną z funduszów ogółu, nikomu więc korzystanie z niej bezpłatnie ubliżać nie może. Toć i dziś za pomoc lekarską płaci się stosownie do zamożności szukającego porady.

Przyjąwszy powyższe, postawmy sobie pytanie, co jest największym brakiem w pomocy lekarskiej dla klas niezamożnych, co jest do zrobienia najpilniejszego.

Kto zna warunki bytu naszego proletaryatu wiejskiego i miejskiego, kto się dotykał tych brudów domowych, ten zrozumie całą niedorzeczność pozostawienia cięższej chorych w domu, pod opieką ciemnego i brudnego otoczenia. Warunki leczenia domowego wśród biednej ludności są w zasadzie tak niemożliwe, że przy najlepiej nawet zorganizowanej pomocy nic nie zastąpi leczenia szpitalnego. Tylko wyrwanie chorego z brudnego otoczenia, postawienie go w warunkach możliwie hygienicznych – pozwoli dopiero na prawdziwą pomoc. W domu niezamożnego mieszkańca wsi, czy nawet miasta, zbywa nie tylko na umiejętnej opiece w chorobie, ale często brak nawet odpowiedniego pożywienia, a ciemnota i przesądy paraliżują najrozsądniejsze przepisy lekarza. Tu czegoś więcej niż mikstury aptecznej potrzeba: najkosztowniejsze leki będą tylko wyrzuconym pieniądzem i dlatego, zdaniem naszem, wszelkie próby zorganizowania pomocy lekarskiej dla ludności niezamożnej bez szerokiego uwzględnienia szpitalnictwa—nie mogą być uważane za racyonalne i do celu prowadzące.

Przy istniejącej jednak liczbie szpitali i łóżek w nich—w kraju naszym mowy nawet niema, by można było pomieścić wszystkich chorych, wymagających leczenia spitalnego. *Pierwszą więc, najważniejszą* rzeczą jest pomnożenie szpitali i przyprowadzenie istniejących do stanu możliwego, bo obecne położenie szpitali, z nielicznymi wyjątkami, jest po większej części opłakane. Szpitalami też w samych początkach gorliwie zajęły się ziemstwa, po objęciu w swe ręce pomocy lekarskiej dla ludu.

Gubernia płocka posiada w 6-ciu swych szpitalach 189 łóżek, co wynosi, jeśli ludność jej przyjąć na 600 tysięcy — 1 łóżko na 3,174 mieszkańców, t. j. na 10 tys. głów 2,7 łóżek, a doliczywszy 80 miejsc w lecznicach — 3,8 łóżek na 10 tys. głów.

W Prusach było w r. 1894 na 10 tys. mieszkańców 26 łóżek, w całych Niemczech średnio 27 łóżek; w gub. kraju Nadbaltyckiego 14,6, w gub. ziemskich 8,02 w gub. w których ziemstw niema 4,23, w ziemi wojska dońskiego 9,03, a w całem Państwie Rosyjskiem wraz z Syberyą i krajem Zakaspijskim 6,2 łóżek, na 10 tys. mieszkańców. W Królestwie Polskiem, bez Warszawy, wypada na 10 tys. mieszkańców 2,6 łóżek, a licząc Warszawę – 5,34.

Wogóle w gub. płockiej korzystało ze szpitali w roku 1900 wszystkiego chorych 1773, t. j. na 10 tys. mieszkańców — 29,5 osób, gdy w Warszawie w r. 1895 korzystało ze szpitali 450 osób na 10 tysięcy, a jednak słyszy się tam ciągłe utyskiwania na brak

miejsc w szpitalach; w Petersburgu ze szpitali korzystało na 10 tys. mieszkańców 1772, w całem Królestwie Polskiem 69 osób, w guberniach ziemskich — 148, w kraju Nadbaltyckiem 115, na Syberyi 143, a w całem Państwie Rosyjskiem średnio 107 osób.

Jeżeli doliczyć w gub. płockiej leczących się w lecznicach nowo powstałej organizacyi lekarskiej — 867 osób w ciągu roku, to razem wypadnie: 1773+867=2,640 osób, to jest na 10 tys. mieszkańców 46 osób.

Jasną więc jest rzeczą, że ilość szpitali i łóżek w nich jest u nas nader niedostateczna. Prawda, rodzi się zarzut, że i obecna ilość łóżek nie jest stale zajęta, bo obliczając ilość dni szpitalnych, w roku 1900 naprzykład, rzeczywiście zajętych przez chorych, która wyniosła 64,570. okazuje się, że niezajętych dni szpitalnych było przeszło 32 tys., a licząc, że każdy chory średnio przebywa w szpitalu około — 30 dni, jeszcze przeszło 1000 osób rocznie korzystaćby mogło ze szpitali, czyli zdawać by się mogło, że i dziś nawet jest łóżek za wiele. To jednak wcale nie obala naszego twierdzenia o niedostatecznej liczbie łóżek i szpitali już choćby z tego względu, że wszędzie gdzieindziej widzimy ciągłe przybywanie szpitali i coraz większą ich frekwencyę. Zapytać tylko należy, gdzie kryje się przyczyna stronienia ludności od szpitala?

Przedewszystkiem gra tu rolę wstręt do szpitala wskutek fałszywego o nim wyobrażenia; ludzie zapominać się zdają, że chorzy wszędzie, a więc i w szpitalach, umierają, a nie pamiętają o tych, którzy wyszli z nich wyleczeni. Następnie, odstrasza od szpitali pewien, niezbędny w nich, rygor, który nie wszystkim, się podoba, dalej zbyt wielka odległość od szpitali i uciążliwy wskutek tego przewóz chorych

Potem — wielkie braki w urządzeniach szpitalnych, jak nieodpowiednie pożywienie, nieumiejętna służba, niedostateczny i źle płatny personel lekarski i wogóle brak funduszów, i, co zatem idzie, brak najpotrzebniejszych często utensylii, ciągłe borykanie się z długami, niemożność zaprowadzenia wskutek tego ulepszeń, wymaganych przez postęp i dzisiejszą naukę, stwarzają położenie bez wyjścia. Chorzy nieotrzymują należytej pomocy i dla tego, pomimo, że szpitali mało, miejsca w nich świecą pustkami.

Sposób obsadzania posad lekarskich w szpitalach gra tu także rolę ważną; w dużej także mierze wpływa i dość znaczna stosunkowo opłata za leczenie, której chorzy często podołać nie mogą, a gminy za chorych swoich płacą z wielką niechęcia, i z trudem tylko biedny do szpitala dostać się może na koszt gminy. Dla tego przedewszystkiem szpitale należy upaństwowić, uznając je jako niezbędne urządzenia na równi ze szkołami, znieść opłatę szpitalną, a równocześnie postawić je na stopie odpowiedniej.

Gdy braki będą usunięte, chorzy szpitale zapełnią, bo dążeniem czasów obecnych jest leczenie szpitalne: 1) systematyczna i ciągła opieka w tych zakładach umożliwia szybszy powrót do

zdrowia; 2) dla ograniczenia chorób epidemicznych konieczną jest izolacya tych chorych w szpitalach i, 3) są pewne rodzaje chorób, nie tylko chirurgicznych, ale i wewnętrznych, np. wiele chorób nerwowych, gdzie leczenie jest tak złożonem, iż go żadną miarą w domu przeprowadzić nie można, i z tego powodu zamożni nawet chorzy umieszczają się w takich razach za dość znączną opłatą w prywatnych lecznicach.

Jak okazało się z praktyki gubernii ziemskich, w początkach włościanie niechętnie leczyli się w szpitalach z obawy, że za to pobraną będzie wysoka opłata; lekarze przekonywać musieli o błędności tego mniemania i w ogóle namawiać do leczenia szpitalnego. Ale w czasie niedługim role z gruntu się zmieniły —lekarz musiał już nie namawiać do szpitala, ale przeciwnie przekonywać wielu chorych, że leczyć się mogą w domu, że szpital przeznaczony jest dla pewnej tylko kategoryi chorych, że, jeśli miejsca w szpitalach zajmą chorzy, mogący leczyć się w domu, to niestarczy pomieszczenia dla prawdziwie potrzebujących, na co często słyszeli propozycyę, że żywić się będą własnym kosztem, byle tylko mogli w szpitalu pozostać. Świadczy to chyba najwyraźniej, że i lud zrozumieć może porzebę i korzyści leczenia szpitalnego.

Z tych wszystkich przeto względów, pomimo, iż szpitale obecnie u nas nie są wcale przepełnione, *konieczną* jest, *niezbędną rzeczą* zwiększenie liczby łóżek i budowa nowych szpitali. Już sama trudność w przewiezieniu ciężko chorych do zbyt odległych szpitali, przemawia za niezbędnością pomnożenia ich liczby, tak przynajmniej, by promień szpitala nie był większym nad 16 do 18 wiorst.

Dziwnem się wydać musi, że próbna organizacja pomocy lekarskiej w gub. płockiej pominęła istniejące szpitale. Zdaniem naszem, szpitale włączone być winny do organizacyi i stać się ważnym kółkiem w całej maszynie. *Cała reforma zacząć się winna od szpitali.*

Przyjąwszy ostatni postulat, odpowiedzieć najprzód należy na pytanie, jaka ilość łóżek jest wymagalna i jaki być winien stosunek 1-go łóżka do liczby ludności?

Jeżeli przyjmiemy, jak to już staraliśmy się udowodnić, dla gub. płockiej zachorowalność w przybliżeniu na 480 głów, od tego odejmiemy 30% na chore dzieci, których do szpitala nie oddają 30% chorych lekkich, nie wymagających leczenia szpitalnego i 30% na chorych zamożnyah, mogących się leczyć w domu, pozostanie 10% potrzebujących leczenia szpitalnego; przyjąwszy nawet tylko 5%, to i tak wyniesie to 24 tys. osób, a licząc średnio po 30 dni przebywania chorego w szpitalu, da dni szpitalnych 720 tys, co odpowiada potrzebie 2 tys. łóżek, którą to cyfrę można wreszcie zredukować wobec okoliczności, że przyjęta przez nas cyfra średnia 30 dni przeciętnego przybywania w szpitalu jednego chorego zmiejszy się, gdy chronicy i nieuleczalni znajdą pomieszczenie w niezbędnie potrzebnych, równolegle obok szpitali, przytułkach. Dziś, wobec łóżek w gub. płockiej 269 ciu—brak, przy wymaganej

cyfrze 2 tys. łóżek 1,700, a i wtedy wypadnie 1 łóżko na 318 głów Dla porównania przytoczymy, że w Warszawie wypada 1 łóżko na 319 głów, w Berlinie na 186 gł., w Moskwie na 141; liczymy więc wcale nie za suto. W ziemstwie gub. moskiewskiej wypada 1 lóżko na 402 głowy, ciągle się jednak tam stosunek ten poprawia.

Naturalnie, cyfra przez nas wymagana jest cyfrą ,do której dążyć należy, narazie zrobić trzeba co możliwe, pozostawiając przygdy szłości poprawę tych stosunków. Zacząć trzeba jaknajrychlej, a sprawę postawi się odrazu na zdrowych zasadach, stosunki z czasem się poprawią, a gdy ludność przekona o pożytkach stąd płynącyh, sama chętnie przyczyni się do naprawy.

Poza leczeniem szpitalnem pozostaje jeszcze dużo chorych lżejszych, którym w zupełności wystarczy pomoc ambulatoryjna, do czego potrzebne będą punkty, gdzie chorzy tego rodzaju przyjmowani będą przez lekarzy. Pozostają jeszcze ciężkie choroby, jak silne krwotoki, operacye akuszeryjne, wypadki ciężkich obrażeń ciała i w ogóle ciężko chorzy, którzy bez szkody dla swego zdrowia do szpitala udać się nie mogą.

We wszystkich tych wypadkach otrzymać oni powinni pomoc lekarską w miejscu swego zamieszkania.

Organizacya więc projektowanej przez nas pomocy lekarskiej z powyższych względów przedstawiałaby się w sposób następujący.

1) Jako pierwszy etap proponowalibyśmy pozostawienie istniejących już lecznic w miejscach stałego zamieszkania lekarzy uczątkowych; jedynie ilość łóżek, 10 wynoszącą, wypadałoby zwiększyć, mniej więcej przynajmniej o 5 – dla chorych zaraźliwych Naturalnie, pomieszczenia, dziś zostawiające wiele do życzenia, należałoby zreformować. Lekarz przy pomocy felczera, czy też lepiej — wykształconego przez siebie posługacza-sanitaryusza, akuszerki i odpowiedniej ilości niższej służby zawiaduje lecznicą, udziela pomocy chorym przychodzącym w pewne, oznaczone godziny i wyjeżdża do wypadków ciężkich. Przytem punkty ambulatoryjne wyjazdowe znosi się zupełnie, co już oszczędzi lekarzowi straty czasu na dwu lub trzydniowe w tygodniu podróże, nie przynoszące chorym rzetelnej korzyści. Za to w rzędzie obowiązków lekarza leżeć musi właściwa opieka w razie wybuchu chorób epidemicznych. Gdy lekarz dowie się w jakikolwiek sposób o pojawieniu się takich chorych w swoim uczątku, odwiedza ich jaknajśpieszniej, zarządza odpowiednie środki lecznicze, a przedewszystkiem stara się o przecięcie epidemii w zarodku, czy to przez umieszczenie chorych w lecznicy, czy też izolując ich w inny sposób, zarządzając odpowiednią dezynfekcyę, a w razie gdy siły i środki jego podołać zadaniu nie mogą, żąda od odpowiedniej instytucyi gubernialnej właściwej pomocy Nadzór nad szczepieniem ospy winien leżeć także w rzędzie obowiązków lekarza; na niego też, chociaż w początkach, włożyć musimy nadzór lekarski nad szkołami, do

czasu przynajmniej dopóki nie powstanie osobna instytucya — lekarzy-hygienistów.

Widzimy z tego, że obowiązki i zajęcia lekarza uczą̧stkowego będą liczne i trudne i dla tego uczą̧stek jego nie może być zbyt wielkim, bo wtedy podołać obowiązkom nie będzie w stanie. Przyjąwszy, że lekarz będzie w możności, lecząc chorych w lecznicy, udzielić odpowiedniej pomocy 8 do 10 tys. chorych rocznie, otrzymamy potrzebną cyfrę uczą̧stków około 40-u na gubernię płocką, przy promieniu działalności około 7 do 8 wiorst, z ludnością około 15 tys.

2) Jako drugi etap proponujemy odpowiednie urządzenie szpitali powiatowych, po 30 łóżek przynajmniej w każdym. Dziś istniejące 3 szpitale powiatowe w gub. płockiej należałoby zreformować i zaopatrzyć w odpowiednie środki materyalne z podatków na ogólną organizacyę. Nadto nowych szpitali w gubernii wypadnie założyć 3.

Lekarzy w każdym szpitalu powiatowym winno być przynajmniej dwóch, z których jeden chirurg. Obowiązki ich będą te same, co i lekarzy lecznic: prócz pracy szpitalnej dawać będą pomoc ambulatoryjną i wyjeżdżać do ciężko chorych w swym uczą̧stku, a w wypadkach zawikłanych, ważnych, wzywani być mogą na naradę przez lekarzy uczą̧stkowych. Do szpitali powiatowych lekarze uczą̧stkowi także posyłać będą chorych, potrzebujących poważniejszej pomocy, gdy jeden lekarz w lecznicy rady w jakimś wypadku dać sobie nie jest w stanie.

Przy szpitalu powiatowym będzie także niewielki oddział dla rodzących.

3) Jako trzeci etap uważamy szpital centralny-gubernialny, zawiadywany przez specyalistów, a więc przynajmniej: terapeuta, chirurg, akuszer-ginekolog i okulista, by chorzy z całej gubernii, potrzebujący bardziej specyalnej i skomplikowanej pomocy lekarskiej, z całem zaufaniem mogli się tam udawać. Posady takich lekarzy obsadzone powinny być drogą konkursu.

Przy szpitalu gubernialnym musi być także oddział dla chorych umysłowych ostrych i przytułek położniczy. Lekarze udzielają także porad ambulatoryjnych.

Łóżek w szpitalu gubernialnym płockim musi być najmniej 80 (obecnie 44).

Jak już poprzednio nadmieniliśmy, opłata za chorych w szpitalach zniesioną być winna, i dla tego wypadnie na nie łożyć z funduszów ogólnych.

Następnie idzie kwestya paląca i niecierpiąca zwłoki: kwestya pomocy rodzącym, która po wsiach zwłaszcza znajduje się w stanie nader opłakanym. Jest to kwestya przygotowania dostatecznej ilości babek wiejskich, liczba których odpowiadać musi co najmniej liczbie gmin, t. j. 95 w gub. płockiej; prócz tego przy każdej lecznicy będzie 1 akuszerka, a przy każdym szpitalu przytułek położniczy.

Dalej kwestya zapobiegania w chorobach zaraźliwych. Tu winno, za przykładem ziemstw, być urządzone pogotowie w mieś-

cie gubernialnem, składające się przynajmniej, jak na gub. płocką, z 3 lekarzy i odpowiedniej liczby sanitaryuszów, z których uformowane oddziały wyruszałyby w miarę potrzeby do miejsca zagrożonego, gdzie zarządzałyby, przychodząc w pomoc lekarzom ucząstkowym, odpowiednie środki izolacyjne, dezynfekcyjne i lecznicze. Lekarze ci mogliby zarazem, jako lekarze zapasowi, zastępować lekarzy ucząstkowych w czasie ich choroby lub urlopów, a w czasie wolnym zajmowaliby się, jako lekarze asystenci, w szpitalu gubernialnym. Do nich także należeć by mogło prowadzenie statystyki zachorowalności, według danych, dostarczanych przez lekarzy ucząstkowych.

(d. n.)

Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej.

Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskim.

Podał Dr. **M. Zienkiewicz** (z Ciechanowa).

(Dalszy ciąg).

Lekarzowi wydaje Rada powiatowa na wydatki gospodarcze i szpitalne z góry rubli 75; dla otrzymania ponownego takiej sumy musi z poprzedniej przedstawić rachunek.

Kontrolę żywności i wydatków na nie prowadzę podług następującego formularza;

№	Wyszczególnienie pozycyi.	Koszt jednostki w kop.	Zmiany w cenie	Miesiąc 1	2	3	…	Rok 29	30	31	Suma ilości	Suma wydatku	Adnotacya o zapłaceniu
1	Wołowina												
2	Słonina												

3. Nóżki cielęce. 4 Mleko. 5. Śmietana. 6. Masło. 7. Olej lniany. 8. Chleb żytni. 9. Bułki. 10. Mąka pszenna. 11. Kasza gryczana. 12. — orkiszowa. 13. — perłowa. 14. — owsiana. 15: — jaglana. 16. — jęczmienna. 17. Kartofle. 18. Buraki. 19. Brukiew. 20. Groch. 21. Fasola. 22. Kapusta. 23. Marchew. 24. Herbata. 25. Cukier. 26. Mydło. 27. Zapałki. 28. Nafta. 29. Węgle. 30. drzewo. 31. Torf. 32. Szkła do lamp. 33. Jaja. 34. Wydatki nieprzewidziane.

Liczba chorych.

Suma.

Służba lecznicy składa się z kucharki, stróża i praczki. Stróż obsługuje zarazem salę męzką i gabinet lekarski, robi kąpiele dla chorych. Praczka dba o porządek na sali kobiet i w aptece. Zasług pobierają: stróż rb. 11 miesięcznie, praczka rubli 8, oprócz mieszkania i opału.

W dozorowaniu ciężko chorych, jak również i dzieci, często pomagają krewni chorych.

W pewne dni tygodnia, kiedy lekarz wyjeżdża, chorzy pozostają nie tylko bez opieki lekarskiej, lecz nawet bez dozoru ze strony niższego personelu lekarskiego. W celu polepszenia dozoru nad chorymi, jak również w celu zwolnienia akuszerek od obowiązków gospodarczych, podniesiono kwestyę ustanowienia posady ochmistrzyni; projekt ten był polecony do rozpatrzenia Radom powiatowym — stosownie do istniejącej w każdej lecznicy potrzeby i do rozporządzalnych funduszów, lecz dla braku tych ostatnich w żadnym obwodzie w czyn nie został wpowadzony.

Z kolei przechodzę do warunków pracy charakteru leczniczego. Z pomocy chirurgicznej w lecznicy Ciechanowskiej korzystają przeważnie przypadki urazowe. Do takich należą skaleczenia przy narzędziach i maszynach, złamania kości, zwichnięcia, krwotoki urazowe i maciczne. Z rękoczynów chirurgicznych w mojej praktyce szpitalnej najczęściej sią zdarzały amputacye, przeważnie palców u rąk, wyłyżeczkowanie macicy, zakładanie opatrunków unieruchomiających, nastawianie zwichnięć. Na drugiem miejscu stoją zabiegi przy sprawach ropnych, przeważnie na kończynach, rzadziej na tułowiu. Usuwanie nowotworów zajmuje trzecie miejsce w szeregu rękoczynów.

Największą przeszkodą w działalności chirurgicznej, pomijając kwestye osobistych przymiotów lekarza, są dwie okoliczności: 1) trudność stosowania narkozy i 2) brak osobnej (w lecznicy Ciechanowskiej) sali operacyjnej.

Wobec przepisu prawa, nakazującego, by przy uśpieniu chloroformowem było obecnych dwu lekarzy — lekarz obwodowy albo się musi zrzec wielu operacyi, albo operować bez narkozy, albo - ryzykując — narkotyzować bez asystenta. Wprawdzie Rada gub. płocka uchwaliła, że lękarz obwodowy, w razach wyjątkowych, może zapraszać do asystencyi innego lekarza, ale za całe wynagrodzenie temu miał wystarczyć... zwrot kosztów podróży. Naturalnie, nikt z lekarzy takich propozyci kolegom nie chciał czynić; dopiero powiększenie liczby lekarzy obwodowych sprawę może poprawić.

Lecznice obwodowe mają bardzo skąpy komplet narzędzi chirurgicznych i mikroskopijne fundusze na zakup nowych, mianowicie, rub. 45 na ostrzenie, naprawę i zakup instrumentów.

Dla położnic istnieje w lecznicy salka na dwa łóżka. Lud z nich prawie wcale nie chce korzystać, bądz dla tego, że specyalną się cieszy niechęcią ze strony „znających kobiet“ bądź dla tego, że fałszywy wstyd straszy widmem „dziecka urodzonego w szpitalu“.

Ci sami włościanie, którzy z największą chęcią oddają (choćby na zawsze) do szpitala ojca — dożywotnika, chorą żonę, chore dziec-

ko, ci sami pod żadnym pozorem nie chcą się zgodzić na umieszczenie w szpitalu — dla odbycia połogu. — żony. Gdyby lecznica była odpowiednio urządzona, zawsze mielibyśmy w niej komplet pełny chorych; sale dla położnic będą jednak jeszcze przez długie lata stały puste!

Materyał szpitalny lecznic obwodowych jest nader urozmaicony; toteż mógłby on — jak i materyał ambulatoryum—stanowić praktyczną szkołę dla studentów medycyny. Pozwalam sobie rzucić myśl taką: na czas wakacyi mogliby studenci obejmować wakujące miejsca felczerów obwodowych, (by zarobić coś sobie i korzystać z bezpłatnego mieszkania), mogliby brać udział w walce z epidemiami, szczepić ospę i t. p. W ten sposób nabyliby wprawy w wielu rękoczynach lekarskich, a zarazem poznaliby nieco tajemnice praktyki codziennej czego ich klinika nauczyć nie może.

Parę cyfr da pojęcie o ilościowej stronie działalności leczniczej Ciechanowskiej:

	W r. 1899	w r. 1900.
Ogólna liczba chorych w lecznicy	169	190
Z tych zmarło	8	3
„ wypisało się	156	184
„ pozostało na rok następny	5	8
Liczba dni szpitalnych	1870	1943
Liczba położnic	5	9

Praca ambulatoryjna zajmuje lwią część czasu lekarza obwodowego; wykonywa ją na miejscu zamieszkania przy lecznicy i na posterunkach wyjazdowych. Dwa dni w tygodniu przyjmuje lekarz w Ciechanowie, t. j. w lecznicy, dwa—na dwu posterunkach. W Ciechanowie odbywają się przyjęcia ambulatoryjne we Wtorki i Piątki (dni targowe), w Poniedziałki bywam we wsi Woli Młockiej (dzień targowy tam-że), w Niedzielę — we wsi kościelnej Gołyminie. Przyjęcie chorych w Ciechanowie rozpoczyna się przed godziną 10 rano; na posterunkach — nieco później, zależnie przytem od stanu dróg. Przyjęcie kończy się z chwilą wyczerpania całego materyału,

Chorych zapisuje się do specyalnych książek; książka ambulatoryjna zawiera 100 kart, z których każda jest podzielona na trzy rubryki. Dwie z tych rubryk są wycinane, jedna pozostaje w książce. Na jednej z wyciętych części wypisuje się receptę lub nazwę dokonanego zabiegu leczniczego; drugi odcinek jest wręczany choremu, który ma go przedstawić, jeśli się ponownie do lekarza zgłosi. Na tym odcinku notuje się (zwyczaj przyjęty w okręgu Ciechanowskim) też rozpoznanie, a to w celu oszczędzenia sobie trudu poszukiwania odpowiedniej książki i numeru w celu sprawdzenia tego szczegółu przy powtórnej wizycie. Dla tego też żądamy od chorego, by i flaszkę (ewent. kopertę) z receptą przyniósł. Trudno do tego przyzwyczaić naszych chorych; za karę każemy tym, którzy nie przynieśli odcinka lub recepty, dłużej czekać na kolej przyjęcia.

Forma książki ambulatoryjnej

Obwód Lekarski Ciechanowski

Lecznica d

Gołymin 190 r. Wola Młocka

№ książki № porządkowy

№ poprzedniego przyjęcia

Miasto Gmina

Wieś

Imię i nazwisko

Wiek i płeć

Stan

Jak dawno chory?

Nazwa choroby?

Dla czego uwolniony od opłaty?

№ książki 190 r. № porządkowy

Rp.

№ książki № porządkowy

Jak wiadomo, każdy zgłaszający się powinien opłacić 10 kop., o czem lekarz czyni adnotacyę w książce. Ale lekarz ma prawo uwolnić od tej opłaty, przy czem liczba tych uwolnionych nie powinna przekroczyć 10% ogólnej liczby chorych. W roku 1900 liczba uwolnionych w obwodzie Ciechanowskim, na 12130 porad ambulatoryjnych, wyniosła ledwie 173, co stanowi 1,42%. W roku 1899 na 65552 porady w całej gubernii uwolnionych od opłaty było 2146 porad, t. j. zaledwie 3,27%.

Zwalnia od opłaty: ubóstwo, na co żadnych dowodów przedstawiać nie trzeba; powtóre, zwalniamy od opłaty chorych na przymiot, w celu zachęcenia do leczenia długiego i systematycznego; po trzecie, nie pobieramy owych 10 kop. od chorych, którzy często muszą się do ambulatoryum zgłaszać (np. opatrunki), przyczem zwalniamy ich od

opłaty w te dni, kiedy niema oficyalnego przyjęcia ambulatoryjnego; wreszcie, od opłaty są uwolnieni ci wszyscy, którzy powinni by znaleść miejsce w lecznicy (za co się nie pobiera opłaty), a jedynie z powodu braków tej lecznicy leczą się ambulatoryjnie; do tej kategoryi należą i wypisani z lecznicy, a przychodzą do ambulatoryum.

Książeczki są posyłane do powiatu — w celu sprawdzenia sumy pobranej od chorych, a następnie do Rady gub., gdzie służą do układania statystyki.

Po wpisaniu nazwisk chorych do książki są oni kolejno przywoływani do pokoju lekarskiego, przy czem pierwszeństwo mają dzieci, ciężko chorzy i przybyli z dalszych stron. Wywołuje się odrazu czterech — dla zyskania na czasie. Naturalnie wyjątki są tu czynione w odpowiednich przypadkach.

Rzecz prosta, przywoływanie na raz czterech chorych, którzy są wzajemnie świadkami badania i wywiadów, jest wielkim złem, wywołanem jednak zarówno wielką liczbą chorych, jak i brakiem jakiegoś pomieszczenia, gdzieby chorzy mogli się rozebrać.

W roku 1900 na 12130 porad

	było porad	było dni przyjęć	przeciętnie porad	maximum porad
W Ciechanowie	6956	104	67	91
W Gołyminie	2461	52	47	78
W Woli Młockiej	2713	52	52	99

Maximum porad dziennych w Ciechanowie nie jest ścisłe, bo tam przyjmuję przypadki niecierpiące zwłoki i w inne dni; jednocześnie wszakże część chorych, zgłaszających się bardzo często, nie jest wpisywana za każdym razem; więc cyfra 67 jest raczej za małą, aniżeli zbyt wielką.

O ruchu chorych ambulatoryjnych w rozmaitych porach roku daje pojęcie następująca tabliczka.

Liczba chorych ambulatoryjnych w ciągu roku 1901.

W czasie	Lecznica	Gołymin	Wola Młocka	Ogólna licz. chor.	Liczba przyjęć	przeciętna licz. chor.
14 stycz. — 14 lut.	544	157	186	887	19	46,7
14 lut. — 14 mar.	509	175	190	874	16	54,6
14 mar. — 14 kw.	516	185	142	843	17	49,6
14 kw. — 14 maj.	559	250	282	1091	17	64,2
14 maj. — 14 czer.	722	244	289	1255	17	73,8
14 czer. — 14 lipca	672	257	273	1192	17	70,1
14 lipca — 14 sier.	658	300	307	1265	19	66,6
14 sierp. — 14 wrz.	580	196	197	973	17	57,2
14 wrz, — 14 paźd.	481	217	160	858	17	50,5
14 paź. — 14 list.	498	167	181	846	18	47,0
14 list. — 14 grud.	489	165	173	825	17	48,6
W ciągu roku	6228	2303	2380	10911	191	57,1

Wogóle, liczba chorych w ambulatoryum zależy od pory roku, stanu dróg, od stanu pogody, już mniej - od robót polnych; w tym względzie wyjątek stanowi kopanie ziemniaków i buraków, zmniejszające liczbę chorych zgłaszających się o poradę.

Obie przytoczone tabliczki wykazują, jak ciężka, nad siły, bywa niekiedy praca ambulatoryjna, z konieczności tracąca przez to na jakości; a pamiętajmy, że te przyjęcia bywają nie tylko w Ciechanowie, że rozpoczyna je lekarz już zmęczony dojazdem uciążliwym do posterunków wyjazdowych! Wadą też jest widoczna z wyżej powiedzianego konieczność takiej uciążliwej pracy ambulatoryjnej w ciągu trzech *kolejnych* dni w tygodniu.

Na posiedzeniach Rady gub. określono, że w ambulatoryum przy lecznicy, t. j. w miejscu stałego zamieszkania, lekarz jest w stanie przyjąć maximum 70 osób dziennie; na posterunkach wyjazdowych, gdzie zaczyna przyjęcie później, — 50 osób.

Z mego własnego doświadczenia sądzę, że to zbyt wysokie normy, że zgadzać się na nie nie wolno—zarówno dla dobra chorych, jak i lekarzy. A jednak wypada przyjmować nieraz i większą liczbę chorych, ponieważ ustawa zabrania odmawiać komukolwiek pomocy lekarskiej, za którą płaci stały podatek.

Zmniejszenie się liczby zgłaszających się o poradę w r. 1901-ym - w porównaniu z rokiem 1900—prawdopodobnie zależy przeważnie od niewygód połączonych z koniecznością odbywania dalekiej podróży do ambulatoryów i zbyt długiego w nich wyczekiwania.

Jest więc powiększenie liczby obwodów koniecznością.

Jednocześnie zaś niezbędnem jest czasowe podniesienie płacy za lekarstwo. Jak wspomniałem, opłata 10-cio kopiejkowa jest chętnie składana, a sądzę, że śmiało ją można podnieść do 20, nawet 30 kop. zwalniając od niej niezamożnych. Z tej opłaty: 10 kop. powinno, mojem zdaniem, stanowić dodatek do pensyi personelu lekarskiego. Przy opłacie 30-stu kopiejkowej—przeznaczyć by należało 10 kop. na ulepszenie istniejącej organizacyi*)

Dzisiejsza nizka opłata ma tę złą stron, że jednych nieco zamożniejszych – żenuje, innym, głównie żydom, daje okazyę do niepotrzebnego bałamucenia czasu lekarzowi.

Część leków już przed rozpoczęciem przyjęcia jest gotowa; inne — rzadziej przepisywane lub łatwo ulegające zepsuciu, przygotowuje się ex tempore. Leki są wlewane do przyniesionych przez chorych naczyń; w braku takowych chory płaci za naczynie - tytułem zastawu — od 3 do 4 kop. Na naczynia przylepia się sygnaturę (często w skróceniu); przepisy pozwalają na wydawanie leków bez sygnatur

Leki przygotowuje akuszerka i felczer Jakkolwiek ganiono ten sposób, jednak w obwodzie Ciechanowskim okazał się zadawalniającym. Chorym chronicznym wydaje się, zwykle, ilość leku wystarczającego na tydzień.

---

*) Niepodzielamy zdania szanownego autora; pomoc lekarska gminna powinna być zupełnie bezpłatna (*Red.*)

Materyały apteczne surowe i preparaty Galena w pierwszym roku istnienia organizacyi braliśmy z aptek płockich, które doliczały po 20% do cen składowych, bez odstawy na miejsce. Od r. 1900 kupujemu od „Tow. Akcyjnego dawniej Spiess i syn", co wypada znacznie taniej, ponieważ firma ustępuje od cen składowych po 10% przy materyałach i po 20 przy przetworach Galena; zakupy odstawia do miast najbliższych danego obwodu.

Koszt jednego lekarstwa (ewent. — opatrunku, surowicy przeciwbłonicznej i t. p.) wynosił, w obwodzie Ciechanowskim:

W roku 1899	10,08 kop.
W roku 1900	10,21 „
W I-ej połowie r. 1901	8,11 „

(d. n.)

Korespondencye

Preny w Styczniu 1902 roku.

Szanowny Redaktorze! Puszczając w świat pierwszy №„ Czasopisma Lekarskiego" pisaliście w słowie wstępnem o potrzebie jaknajdokładniejszego poznania szerokich warstw tak ludu fabrycznego, jak i tej masy naszych współbraci siermiężnych, wśród których wielu z nas pracować musi, słusznie utrzymując, że „nieznając ani warunków życia danej ludności, ani własności antropologicznych, ani skłonności chorobowych zależnych od topografii, klimatu, żywienia, zwyczajów, przesądów, lekarz powołany np. do sądzenia o środkach hygieny społecznej dla dobra danej grupy ludności przedsiębranych—na każdym kroku szkodę przynieść może, krzywiąc najlepsze początkowanie, odstraszając ludzi od zorganizowanej pomocy lekarskiej i zarządzeń hygieny społecznej, nie liczącej się z duchem i pewną tradycyą, wiekami zakorzenioną".

Nawoływaliście, byśmy w celu obrony własnych interesów zorganizowali się w ścisłe szeregi świadome swych praw i ściśle przestrzegające obowiązków tak względem siebie samych, jak i w stosunku do szerokich warstw społeczeństwa.

Nie omylę się, gdy bez cienia chęci pochlebstwa powiem, że wezwanie było zaszczytne, miało bowiem na celu skłonić nas do szeroko pojętej pracy społecznej, a tylko taką może być dziś praca lekarza, takim bowiem jest kierunek medycyny nowożytnej, której lekarz powinien być wykonawcą i apostołem.

Od owego czasu minęło 3 lata, godzi się przeto rzucić okiem wstecz, by dać sobie sprawę, o ileśmy *en masse* wezwaniu Waszemu posłuch dali i cośmy w zakreślonym kierunku zdziałali?

Nim na to odpowiem, pozwolę sobie jeszcze jedno postawić pytanie, oto: azali mają obowiązek towarzysze do jakiegoś fachu należący iść za programem nakreślonym przez jednego ze swych przedstawicieli, stojącego ua czele organu fachowego? Gdy się weźmie pod uwagę rolę, jaką w naszem życiu prasa odegrywać powinna, odpowiedź powinna wypaść tylko potakująca, zwłaszcza, gdy program wzywa do czynów ze wszech miar pożytecznych i szlachetnych, a takim właśnie jest program przez „Czasopismo" zakreślony i prze nikogo—w dodatku– nie zakwestyonowany.

W myśl pzysłowia: „qui tacet consentire videtur" powszechne milczenie uprawniało do przypuszczenia, że program jest na czasie, tudzież, że wśród rzeszy lekarskiej po kraju całym rozrzuconej praca we wszystkich kierunkach zakipi.

Niestety, była to złudna nadzieja, a najlepiej o tem przekonać się można, przeglądając roczniki „Czasopisma". Z przeglądu tego wynika, że znajomość kraju naszego pod względem sanitarnym wzbogaciła się zaledwie o badanie wytrwalego pracownika na niwie zdrowotnictwa krajowego, kol. Klarnera; ludu naszego, jego właściwości, chorób jakim w danej okolicy najwięcej ulega, sposobów jakimi się posługuje w leczeniu swych dolegliwości, zabobonów i przesądów z lecznictwem związek mających — nieznamy, ani poznać usiłujemy. To samo się stosuje do znajomości stosunków sanitarnych w szkołach początkowych i średnich; prace w tym kierunku to istne białe kruki, a i te za przedmiot swych badań mają uczelnie wielkomiejskie. Snać lekarze po całym rozrzuceni kraju do badań tych wcale nie przywiązują żadnej zgoła wartości, snać troska o znajomość tej gleby, która nas żywi, na sercu im nie leży. A czyż bez owej znajomości możemy oczekiwać kiedykolwiek poprawy istniejących opłakanych warunków?

I dalej, narzekamy wszyscy, ilu nas jest, na panowanie znachorstwa i felczeryzmu, biadamy nad nieszczęśliwemi ofiarami tegoż, a czy zadaliśmy sobie trud zbadania tej plagi, czy wiemy, dla czego nasz chłop udaje się do znachora, czy znamy środki za pomocą których znachor, niby pająk muchy w swe sieci, tylu nieświadomych ściąga, czy wiemy, kto u nas popiera znachorów? Nie. Prasa lekarska kwestyę powyższą traktuje per non est, my zaś nawet nie zaprotestowaliśmy ani słówkiem, że to anomalia, że właśnie ta nasza fachowa, nie zaś brukowa, prasa przedewszystkiem tą kwestyą zająć się powinna i to nie dorywczo, a stale, systematycznie.

Wszak w ten sposób udało by się nagromadzić całe stosy faktycznego materyału, na zasadzie którego nasze towarzystwa lekarskie mogłyby wystąpić do władz z wnioskami o zmodyfikowanie odnośnych przepisów prawnych — z jednej strony, z drugiej zaś — przez wydanie szeregu broszur popularnych wpływać na sam lud. Zresztą, znając dokładnie wszystkie sztuczki szalbierzy, o ileż łatwiej młodzi lekarze, idący wprost z ławy szkolnej na pracę wśród lud, mogliby z nimi walkę prowadzić.

Oto palące sprawy ważne, stokroć ważniejsze od niejednego „ciekawego“ przypadku, — oto trapiące bolączki z dziedziny medycyny prowincyonalnej, o których cicho i głucho.

A czy lepiej z socyalnem położeniem lekarzy? Wszak my i dotąd wszyscy luzacy; bo istniejące towarzystwa lekarskie bodaj że tylko na papierze swych członków jednoczą; bytowanie z dnia na dzień trudniejsze, wykroczenie przeciw tak zwanej etyce lekarskiej są na porządku dziennym, starość nasza, byt naszych wdów i sierot niezabezpieczone, a my — nic!

I czego te wszystko dowodzi? Jedno z dwojga: albośmy istotnie jeszcze niedorośli do pojmowania tych ważnych obowiązków, jakie na nas nasze stanowisko i położenie wkłada, albo ogarnięci jesteśmy niemocą — l'improductivité slave miano noszącą. Dla mnie nie ulega wątpliwości, że z dwu tych przypuszczeń drugie jedynie jest możliwe, że jeśli nierobimy nic, to jedynie dla tego, że się poprostu lenimy, usprawiedliwiając lenistwo swe zwątpieniem, że praca nasza wychodząca z ramek lecznictwa na nic się nie przyda. I racya w tem wielka, o ile dotyczy dorywczej pracy jednostki. Zgoła atoli rzecz inaczej stoi względem pracy gromadnej, wykonywanej stale i sytematycznie. Udawadniać powyższej tezy nie widzę potrzeby, znaną bowiem jest i uznaną. Idzie więc o to, by i na naszej niwie znaleźli się żeńcy, a żniwo bogate w plon będzie, czas zaś już na to wielki!

Do rzędu objawów apatyi naszej zaliczyć wypadnie jeszcze nader skromny udział lekarzy prowincyonalnych w Towarzystwie Hygienicznem, tudzież w sprawie popularyzowania kwestyi hygienicznych na szpaltach pism ludowych, wreszcie—szczególny stosunek do redakcyi naszych pism lekarskich. Doprawdy, czytając listę członków Tow. Hygienicznego za rok 1900 rumienić się trzeba: tak mało lekarzy prowincyonalnych na niej figuruje. A przecież wobec nader doniosłych spraw, jakie w Tow. nie schodzą z porządku dziennego, zdawało by się, że jeżeli kto, to właśnie lekarze prowincyonalni powinni w niem uczestniczyć wszyscy, zwłaszcza że 10 rublowa składka roczna nie może być uważana za obciążającą kieszeń; przecież za te 10 rubli otrzymujemy już i wybornie redagowane „Zdrowie“, odzwierciadlające stan hygieny na całym świecie. Faktycznie więc składka wynosi tylko rubli 5. Niechby tylko trzecia część lekarzy prowincyonalnych zechciała należeć do tow.—budżet roczny tegoż by się powiększyl o 2 tysiące kilka set rubli, że zaś została nadwyżka owa by z największym pożytkiem, użytą, o tem nawet wątpić nie wolno.

Niemniej ciężkim grzechem jest to, że my tak mało przyczyniamy się do popularyzowania wiadomości zdrowia dotyczących wśród ludu. Wszak, pracując wśród niego, lepiej od innych wiemy, a przynajmniej wiedzieć powinniśmy, jakie wskazówki są dlań najpotrzebniejsze, z czem przedewszystkiem walkę toczyć, do czego lud namawiać mamy. A jednak nie czynimy tego: najlepiej o tem

się przekonać można, przejrzawszy roczniki „Gazety Świątecznej“ lub „Zorzy“ za ostatnich lat 10.

Czy tak być powinno?

Weźmy, nakoniec, stosunek nasz do redakcyi pism lekarskich: wszak dotychczas ogranicza się on na tem, że my płacimy pewne quantum w zamian zaś otrzymujemy pewną ilość wiadomości; po zatem *nic*. Wygląda to, jak gdyby wszystko było w najlepszym porządku, jak gdyby prenumeratorowie ze wszystkiego byli zupełnie zadowoleni, redakcye zaś, acz mieszczą się w centrach, niepotrzebowały zgoła żadnych wskazówek co do wymagań masy ludzi po całym rozruconych kraju.

Czy tak jest istotnie, pozwalam sobie wątpić, a sądzę, że nie jeden z czytelników, prowincyonalnych zwłaszcza, zdanie moje podzieli; mniemam, że znalazłaby się nie jedna kwestya sporna, nie jeden przedmiot nadający się do poważnej dyskusyi: gdybyż tylko życia wśród nas trochę więcej było! Do takich naprzykład kwestyi, prócz poruszonych wyżej, należy, zdaniem mojem, następująca.

Prócz „Nowin Lekarskich“ żadne z pism nie posiada stałej rubryki poświęconej korespondencyom. Jest to brak zasadniczy w układzie pism, korespondencye bowiem, poruszając sprawy bieżące, ożywiają niezmiernie treść pisma; zarazem zaś stanowią niemały łącznik między czytelnikami a redakcyami. Treść takich kosespondencyi może być nader urozmaicona, obejmować bowiem powinny opis miejscowych warunków sanitarnych, zwyczajów panujących w danej okolicy, zabobonów, przesądów, o ile takowe jakąbądź styczność z medycyną mają; dalej opisy ludowych środków lekarskich, praktyki felczerskiej i partackiej, wreszcie wszelkich instytucyi jakikolwiek związek z hygieną lub medycyną mających, — ciekawsze przypadki z praktyki, potrzeby i wygody samych lekarzy i t. d. Materyał do tego rodzaju listów znajdzie się w s z ę d z i e, forma ich jest nader łatwa, korzyść zaś z czasem mogłaby być nader wielką; w ten bowiem spsób z luźnych notatek nagromadził by się z czasem cenny materyał do znajomości tych wszystkich warunków, o jakich na wstępie niniejszego listu piszę. Idzie więc o to: czy się znajdą chętni autorzy? O tem niechcę wątpić, o ile oczywiście, Szanowny Redaktorze, uznasz moją propozycyę za odpowiednią i w twem Czasopiśmie kącik dla korespondencyi udzielić raczysz*)

Przyjm Szanowny Redaktorze wyrazy wysokiego poważania wraz z koleżeńskiem najszczerszem pozdrowieniem,

F. Grodecki.

---

*) Do projektu Szanownego kol. Grodeckiego całem sercem się przychylamy i prosimy gorąco o takie korespondencye (*Redakcya.*)

Towarzystwa Lekarskie

Zebrania lekarskie w Kutnie i Łęczycy, w r. 1901.

W ciągu roku 1901 (w roku ósmym istnienia naszych zebrań) odbyło sią posiedzeń 3 (w Marcu, Maju i Listopadzie), z tych 1 w Łęczycy i 2 w Kutnie. W zebraniach brało udział 28 kolegów (6 z Włocławka, 6 z Łowicza, 4 z Kutna, 3 z Łęczycy, 2 z Ozorkowa, 2 z Krośniewic, 1 z Zychlina, 1 z Uniejowa, 1 z Piątku, 1 z Ciechocinka i 1 z Chodcza). Na 3-ch posiedzeniach odczytano i przedyskutowano 8 referatów (przez 7 autorów), a mianowicie:

I. E. Bernhard (Łęczyca). Przypadek nabłoniaka (epithelioma) powieki górnej z demostracyą chorej. U chorej przed 9 laty był epiteliomat powieki górnej; przez czas pewien stosowano pędzlowanie ac. arsenico, następnie guz był wycięty przez 1 z kolegów w Łęczycy, wkrótce potem regeneratio tumoris. Przed 4 laty w Wrocławiu zrobiono chorej operacyę radykalną, guz całkowicie został wycięty, braki skóry pokryto za pomocą operacyi plastycznej; wrótce znowu recydywa. Przed kilkoma miesiącami w Warszawie chora znowu poddała się operacyi, guz doszczętnie został usunięty wraz z wyłuszczeniem gałki ocznej; i tym razem jednak nastąpiła recydywa, lecz już na powiece dolnej. I obecnie jednak wskazaną i możliwą jest interwencya chirurgiczna, tem więcej, że najbliższe gruczoły chłonne nie są powiększone.

II. A. Troczewski (Kutno). Przypadek chondro-cysto-sarcomatis os. coccygis u noworodka, z demonstracyą guza. Przypadek dotyczy noworodka płci żeńskiej, liczącego 5 dni życia, prawidłowo rozwiniętego i donoszonego; zaraz po urodzeniu zauważono u dziecka duży guz w okolicy krzyżowej, pokryty normalną skórą, która jednak po upływie dni kilku zaczęła ulegać zmartwieniu, wobec czego dziecko przywieziono do szpitala w Kutnie. Przy badaniu znaleziono: pomiędzy podstawą kości ogonowej i otworem stolcowym — guz wielkości pomarańczy, kulisty, całkowicie wystający na zewnątrz, średnica poprzeczna guza 14 ctm., podłużna 15 ctm., konsystencya guza niejednakowa, miejscami guz twardy, miejscami guz miękki, nawet chełboczący; boczne powierzchnie guza pokryte zdrową skórą, na całej zaś przedniej powierzchni zupelny brak skóry, a natomiast w miejscu tem istnieje okrągłe owrzodzenie $6^1/_2$ ctm. średnicy, pokryte brudnym, cuchnącym, zgorzelinowym nalotem łatwo krwawiące; tętnienia w guzie niema; przy badaniu per rectum wyczuwa się podstawę guza — na dużej przestrzeni w bezpośredn ej styczności ze ścianką prostnicy. Dziecko gorączkuje. Dnia 6 Mar-

ca guz całkowicie wycięto; okazał się on na dużej przestrzeni zrośniętym mocno z prostnicą i z kością ogonową; rana została całkowicie zaszyta. 3-go dnia dziecko zmarło dość nagle, bez żadnych objawów, wskazujących na grożące niedezpieczeństwo. Guz przedstawia się jako twór, złożony z licznych torbieli, miejscami z twardej, miejscami miększej sarkomatycznej tkanki.

III. J. Handelsman (Kutno). Przypadek przymiotu wątroby. Chory lat około 30, wogóle dość zdrowy dotąd, zachorował przed dwoma tygodniami, od tego czasu miewa gwałtowne napadowe bóle w okolicach żołądka i wątroby, lekką żółtaczkę, objawy dyspeptyczne, stan gorączkowy o typie wyraźnie przepuszczającym. Wątroba znacznie powiększona, nie bardzo twarda, guzowata, śledziona również powiększona. Podobne objawy choroby chory miał już dwukrotnie w ciągu paru lat ostatnich. Obraz choroby przemawiał bardzo za kamicą żółciową z napadami kolki, lecz leczenie w tym kierunku poprzednio stosowane pozostało bezskutecznem. Ponieważ chory ten przed 3 laty miał szankra twardego, kol. H. powziął podejrzenie, że obecne cierpienie wątroby jest prawdopodobnie natury przymiotowej; chory z rozpoznaniem takiem pojechał do Warszawy, gdzie jednak jeden ze specyalistów rozpoznania nie podzielił. Wtedy chory umieścił się w szpitalu Ujazdowskim, tutaj zastosowano leczenie przeciw-przymiotowe i chory po 2 miesięcznym pobycie powrócił do domu zdrów. Kol. H. zwraca uwagę na bardzo ważny objaw, towarzyszący przymiotowi wątroby, mianowicie—na powiększenie śledziony, a także na stan gorączkowy o typie przepuszczającym w połączeniu z potami.

W dyskusyi kol. Arnsztejn zaznacza, że przymiot wątroby u ludzi dorosłych należy do cierpień dość rzadkich, rozpoznanie jest bardzo trudne, bo rzadko spotykamy charakterystyczny zbiór objawów. Taki znawca tego cierpienia jak Lancereaux widział dużo przypadków przymiotu wątroby, wszystkie jednak spostrzegał przy autopsyach, a bardzo mało za życia chorych; w przypadku kol. H. wątroba była powiększona, ale nie wybitnie; bólów gwałtownych w przymiocie wątroby prawie nigdy nie bywa, o gorączce z typem przepuszczającym nikt z autorów nie wspomina, to też kol. A. nierozumie, dlaczego kol. H. wyłącza w tym przypadku kamicę, skoro były wszystkie objawy tej ostatniej, a nie było objawów przymiotu. Kol. A. przypomina o rzadkim przypadku przymiotu wątroby, spostrzeganym przed kilku laty w szpitalu kutnowskim przez kol. Troczewskiego; w przypadku tym u młodego chłopca z niezagojonym jeszcze pierwotnym wrzodem twardym, z rożyczką przymiotową, była wybitna żółtaczka, wątroba bardzo powiększona przy stanie bezgorączkowym i bez napadów kolki. Po przeprowadzeniu leczenia swoistego rozmiary wątroby wróciły do normy, żółtaczka ustąpiła również. Kol. Bernhard uważa, że najważniejszym argumentem, przemawiającym za rozpoznaniem kol. H. jest skuteczność leczenia swoistego, tak wczesne zaś umiejscowienie przymiotu w wątrobie objaśnić się daje tem, że chory już dawniej cierpiał na wątrobę (locus minoris resistentiae). Kol. B. parokrotnie spostrzegał przypadki przymiotu wątroby z wysoką gorączką. Kol. Handelsman zwraca jeszcze uwagę, że należy rozróżniać przymiot wątroby u dzieci (zawsze bez gorączki) i u dorosłych (czasem bez gorączki, często z tą ostatnią, o typie przepuszczającym); prócz tego kol. H, kładzie jeszcze nacisk na jednoczesne powiększenie śledziony, czego nie bywa przy kamicy. Kol. Wieczorkiewicz opisuje cierpienie jednego z lekarzy, który przechodził dawniej przymiot. Chory ten dostał napadów typowej kolki w prawem podżebrzu; wszysay lekarze, których się radził, rozpoznawali to kamicę żółciową, to nerkową, to nerwicę żołądka. Wobec wciąż pogarszającego się stanu ogólnego i miejscowego, chory

sam zastosował sobie 20 wcierań, po których szybko nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Kol. Troczewski przytacza przypadek typowo przebiegającego przymiotu wątroby w okresie bardzo późnym, u osobnika, który nigdy leczenia swoistego nie prowadził. Kol. Łukasiewicz opisuje przypadek, gdzie spostrzegano znaczne powiększenie wątroby, żółtawe zabarwienie skóry, nieznaczne tępe bóle w okolicy wątroby, a jednocześnie gumaty na podniebieniu i szczęce; po zastosowaniu D-cti Zittmani chory wyzdrowiał zupełnie.

IV. Orłowski (Ozorków) Przypadek wypadnięcia pęcherza płodowego. Wezwany przed 3 dniami do położnicy, kol. O znalazł u niej wystający z pochwy pęcherz, który, jak otoczenie mówiło, wypadł raptownie; przy badaniu znaleziono: pęcherz płodowy nienaruszony, całkowicie mieści się nazewnątrz narządów rodnych, macica otwarta na szerokość dwóch palców, bólów porodowych niema; ruchów płodu matka nie odczuwała już od 6 tygodni; po przerwaniu pęcherza wydobyto płód zmacerowany; w drugim podobnym przypadku kol. O. po przerwaniu pęcherza spostrzegał obfity krwotok.

W dyskusyi większość obecnych uważa, że przyczyną wypadnięcia było zmacerowanie płodu, stopniowe oddzielenie się łożyska i pęcherza, zwiotczenie tegoż. Wypadnięcie pęcherza nia mogłoby nastąpić przy płodzie żywym i przy normalnym stanie macicy.

V. Łukasiewicz F. (Ozorków) Przypadek ciąży pozamacicznej, jajowodowej. U kobiety dotąd zdrowej, prawidłowo rodzącej, rozpoczęła się ciąża przed 2 miesiącami. Chora raptownie dostała silnych bólów w brzuchu; wezwany wtedy do chorej kol. Ł. zastosował środki kojące, jednak bezskutecznie; następnego dnia kol. Ł. znalazł u chorej małe drobne tętno, wybitne objawy anemii, bolesność i zwiększoną odporność w dolnej prawej części brzucha, mocne bóle w brzuchu, wymioty; krwotoku wcale nie widać. Kol. Ł. rozpoznał krwotok wewnętrzny wskutek przerwania się ciąży jajowodowej; w dalszym przebiegu choroby kol. Ł. spostrzegł guz w prawym dole biodrowym; zastosował podskórnie ergotynę, lód na brzuch i makowiec do wewnątrz; 3-go dnia lekka gorączka, trwająca 2 — 3 dni. Po upływie dwu tygodni wystąpiły objawy nacieczenia w lewem płucu z niewielką gorączką; obecnie po upływie 3 miesięcy — wysięku w prawym dole biodrowym prawie niema, chora wyzdrowiała zupełnie.

W dyskusyi kol. Arnsztejn zaznacza, że w przypadku tym niewątpliwie zdaje się była ciąża zewnątrzmaciczna. Kol. Bernhardt przypuszcza, że wątpliwość może jedynie odnosić się do rodzaju takiej ciąży (jajowodowa czy inna). Kol. Wieczorkiewicz odnośnie leczenia sądzi, że najczęściej razej wskazane są środki podniecające, niż ergotyna, Kol. Bernhardt za najpilniejsze uważa zadawanie makowca i środkow podniecających. W odpowiedzi na zapytanie kol. Nawrockiego w kwestyi interwencyi chirurgicznej, kol. Troczewski sądzi, że w ostrym okresie przy zapaści należy się wstrzymywać z operacyą, t. j. wyczekać, aż przejdzie zapaść, rozumie się, o ile powtarzające są wciąż krwotoki nie zagrażają same przez się życiu chorej.

VI. F. Arnsztejn (Kutno) Referat „z literatury i prasy zagranicznej lekarskiej".

VII. B. Wieczorkiewicz (Żychlin) Z kazuistyki położniczej. Przed tygodniem kol. W. wezwany był w nocy do położnicy; chorą znalazł leżącą na podłodze, przyczem uderzał

odrazu ciężki stan ogólny chorej, która ciężko oddycha, cała oblana zimnym potem, tętno prawe niewyczuwalne, stan zapaści.

Poród rozpoczął się rano tegoż dnia; przy badaniu kol. W. znalazł: w pochwie sterczy cuchnąca ścierka, przez którą przesącza się również cuchnąca wydzielina; w ujściu macicy sterczą kości, połamane żebra płodu płodu itd.; otoczenie przysięga, że nic przy chorej nie robiono; przy dalszem badaniu znaleziono w macicy wyrwaną ze stawu rękę i złamany obojczyk. K. W. zrobił obrót, który okazał się łatwym i płód wyjął; chora była w agonii.

Kol. W. stawia pytanie, co w takich razach przedsiewziąć należy, czy szukać sądownie winowajcy i w jaki sposób? Kol. W. zamierza całą tę sprawę opisać i przesłać wprost do prokuratora.

VIII. J. Handelsman (Kutno). Słów kilka o recepturze. Dawniejsza receptura w przepisywanych lekarstwach głównie uwzględniała 3 części, mianowicie główny środek działający, vehiculum i corrigens; później, z rozwojem poglądów Skody, zapanował wielki mihilizm odnośnie terapii; w ostatnich wreszcie czasach posiłkujemy się głównie środkami silnie działającymi, do jakich należą alkoloidy. Kol. H. w stosowaniu dzisiejszej receptury spostrzega u wielu lekarzy jeden błąd, mianowicie łączenie bardzo wiele środków w jednej recepcie, często nieracyonalnie, bez uwzględnienia reakcyj chemicznych, które często niweczą działanie danego środka.

W dyskusyi z tego powodu powstałej przynano, że rzeczywiście dzisiejsi lekarze za mało są obeznani z chemią lekarską i chemią w ogóle. Co się tyczy łączenia kilku środków w 1 recepcie, to prawdopodobnie główną przyczyną takiego postępowania jest wzgląd na kieszeń chorych niezamożnych.

IX Dość obszernej dyskusyi poddano na jednem z zebrań kwestyę użyteczności felczerów, akuszerek i babek wiejskich, przyczem uchwalono, aby kwestyę tę wyczerpująco przedyskutować na jednem z następnych zebrań lekarskich.

Na posiedzeniach, prócz powyższych referatów, demonstrowano chorych, komunikowano ustnie liczne spostrzeżenia z praktyki i roztrząsano kwestye dotyczące etyki lekarskiej.

Kutno w Lutym 1902 r. A. Troczewski.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z d. 28 Listopada 1901 r.

I. Przez wybranego delegata na VIII Zjazd lekarzy im. Pirogowa w Moskwie Tow. Lek. Mińskie postanawia wnieść do obrad Zjazdu następujące swe wnioski:

b) Tow. Lek. Mińskie, uznając szkodliwość pisma pochyłego dla uczących się (powstawanie skrzywienia kręgosłupa i krótkowzroczności), uważa za pożądane wniosek swój o potrzebie wprowa-

dzenia w szkołach niższych i średnich pisma pionowego poddać pod sąd Zjazdu i prosić go o poczynienie odnośnych starań u władz szkolnych.

c) Tow. Lek. Mińskie uważa za właściwe włożyć obowiązek walki z przymiotem na instytucye samorządu miejskiego i wiejskiego, zamiast na urzędowe komitety. W klasyfikacyi chorób syfilis powinien być zaliczony do rzędu chorób zakaźnych, nie zaś wenerycznych.

II. Kol. R. Janowski odczytał rzecz p. t. „Laparotomie w praktyce prywatnej". Prelegent na podstawie 18 przypadków dochodzi do wniosku, że na zejście operacyi najmniej wpływa pokój operacyjny; decydują tu: czystość, technika i zaawansowanie choroby.

Kol. Fiedorowicz najzupełniej podziela zdanie prelegenta o zdatności mieszkań prywatnych dla wielkich operacyi. Najdłużej dyskutowano nad przypadkami laparotomii wskutek appendicitis. Chirurgowie (Janowski Eisenstadt) zwracają uwagę na wielką liczbę śmierci w Mińsku od tej choroby; przyczyna — niechęć poddawania się operacyi; Lunz, Szabad i inni koledzy wykazują pożytek konserwatywnege leczenia. W poglądach na powstawanie apendicit'u też się zarysowuje różnica: podczas kiedy kol. Eisenstadt oświadcza się za teoryą uwięźnięcia obcych ciał w wyrostku, kol. Janowskj tłumaczy pochodzenie cierpienia mechanicznemi zmianami w położeniu wyrostka (ileus, Knickung).

Posiedzenie z d. 3 Stycznia r. 1902.

I. Wysłuchano odczytu kol. Ottona Fiedorowicza: „Przypadek gastro-enterostomii". Prelegent, nakreśliwszy wskazania i rozmaite metody operowania, wypowiada się za sposobem Wölfler'a, skombinowanym z entero-anastomozą podług Braun'a. Tę właśnie metodę zastosował prelegent w przypadku swoim, dotyczącym chorej, u której po zażyciu 1/2 szklanki koncentrowanego kwasu siarczanego powstały kliniczne objawy niedrożności wypustu. Okres pooperacyjny przebiegał bez gorączki i bólów, lecz pojawiły się obfite wymioty krwawe i chora na 5-ty dzień zmarła. Sekcya wykazała: stan szwów i gojenie ran prawidłowe, drożność wypustu dostateczna, lecz w duodenum— znaczne zmiany, które wywołały krwotok i przyczyniły się do śmierci.

Odczyt wywołał wielkie zainteresowanie ze względu na to, że operacya kol. Fiedorowicza była pierwszą gastroenterostomią w Mińsku. Kol. Janowski zarzuca prelegentowi, że przed cięciami żołądka nie przekonał się o stanie drożności wypustu; należało palcem przez całą ścianę żołądka wejść do pylorusi i w, ten sposób ocenić jego drożność; sposób Wölfera uważa za bardzo skomplikowany i proponuje swój prostszy; śmierć chorej musiała nastąpić nie od gangreny dwunastnicy, jak sądzi prelegent, lecz od upadku sił. Inni koledzy robią przypuszczenie, że zmiany w dwunastnicy uważać należy za ulcus duodeni, powstały drogą oddaloną wskutek oparzenia górnych odcinków organów pokarmowych, analogicznie do tego jak to bywa przy oparzeniu skóry.

II. Kol. Eisenstadt ostrzega przed zbyt pohopnem stosowaniem wielkich dawek leków; po zastrzyknięciu 9-letniemu chłopczykowi, do ropnia zimnego mieszanki tymolu z kam-

forą (1 : 2) w ilości $1^1/_2$ grm., zamiast zalecanych 40 grm., pojawiły się u chorego natychmiast ogólne drgawki, utrata przytomności, silna duszność; dopiero po upływie doby chory się poprawił.

J. Ofenberg.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 8 Stycznia 1902 r.

I. Kol. Rosenblat demonstrował 55 letnią pacyentkę którą już przed dwoma laty przedstawił w Towarzystwie. Chora wtedy miała powiększony migdał prawy, po którego usunięciu w kilka miesięcy wystąpił nawrót. Powtórna tonsillotomia. W lecie r. 1901 nowotwór rozszerzył się po bocznej ściance gardła w górę, wypełniwszy połowę jamy nosogardzielowej,i w dół do nagłośni, przedstawiając się jako typowy rak. Po podwiązaniu t. szyjowej i resekcyi dolnej szczęki nowotwór został usunięty. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pod szczęką pozostała nieznaczna przetoka. Obecnie chora doznaje bólów w gardle i trudności w połykaniu. W gardle niema oznak nawrotu, lecz z pod miękkiego podniebienia zwiesza się czerwony guz, przy dotykaniu krwawiący. Doszczętne usunięcie guza okazało się niemożebnem, ponieważ nowotwòr zajmował kości podstawy. Obecny guz wyrósł z cząstek pozostałych na podstawie czaszki. Operacyę wykonał Dr. Watten.

II. Kol. Birencweig przedstawił 22 letniego mężczyznę z lichen ruber planus, trwającym od kilku miesięcy. Na skórze okolicy krzyżowej grudki płaskie, czerwone, wielokątne, rozmaitej wielkości, mocno swędzące; skóra, zgrubiała, szorstka, ciemno-brunatno-czerwono zabarwiona.

III. Wysłuchano sprawozdania za rok 1901.

W roku 1901 Towarzystwo liczyło: 5 członków - korespondentów i 62 czł. - czynnych (57 lekarzy, 1 weterynarz, 5 farmaceutów).

Towarzystwo odbyło 18 posiedzeń zwyczajnych, na których odczytano 24 prace, demonstrowano 43 chorych, 24 preparaty i 1 narzędzie. Na posiedzeniach bywało przeciętnie po 28 członków (maximum 47, minimum 15). Gości było po 1 do 5.

Biblioteka zawiera dzieł 1642, tomów 2253.

IV. Przystąpiono do wyboru członków Zarządu: na przewodniczącego wyborom powołano kol. W. Pinkusa, który zaprosił na asesorów kol Gorskiego i kol. Birencweiga, a na sekretarza kol. Olszewskiego. Wybrano na Prezesa — kol. K Jonschera, na Wiceprezesa — kol. H. Rundę, na Sekretarza — kol. Fankanowskiego, na Bibliotekarza — kol. Ks. Jasińskiego, na Skarbnika — kol. W. Littauera. Prezes ustępującym członkom zarządu: kol. L. Sikorskiemu, Kol. B. Handelsmanowi i kol. H. Kohnowi podziękował za gorliwe spełnianie obowiązków. Następnie Prezes zaprosił na

członków komitetu bibliotecznego: kol. M. Cohna, kol. W. Pinkusa i kol. S. Sterlinga, a na członków komisyi rewizyjnej—kol. A. Pańskiego, kol. J. Wisłockiego i Prowizora Farmacyi B. Knichowieckiego.

B. Handelsman.

REFERATY

I. H. Kellog. **Wodolecznictwo w praktyce codziennej.** Każdy bardziej wzięty lekarz z własnego doświadczenia wie dobrze, jak wielka liczba chorych wędruje od jednego lekarza do drugiego, znajdując zaledwie chwilową ulgę w trapiących ich dolegliwościach; przyczyna zjawiska tego zwala się zwykle na słabowitą konstytucyę lub inne niedające się usunąć czynniki. Wśród owych stałych gości lekarskich znajdują się bardzo liczni chorzy użalający się na „gorączkę“, dotknięci szerokiemi owrzodzeniami żylakowatemi, przewlekłym gośćcem lub rwą lędźwiową, wreszcie całe rzesze chorych na przewlekłe zaburzenia trawienia, nerwowy ból głowy, przewlekłe cierpienia skóry, jak pryszczyca, łuszczyca i t. d. Oczywiście, w tego rodzaju cierpieniach powszechnie stosowane leczenie nie może przynieść prędkiej ulgi; nie znaczy to jeszcze, byśmy je mieli za nieuleczalne uważać; owszem, autor sądzi, że w przeważnej większości wypadków możemy osiągnąć nie tylko znaczną poprawę, ale nawet zupełne wyleczenie, oczywiście jednak podówczas tylko, gdy zalecimy terapię, jedynie dziś za racyonalną uważaną. A więc znaczna liczba owrzodzeń padudzia goi się pod wpływem spokoju oraz natrysków o zmiennej ciepłocie, stosowanych dwa razy dziennie po 5 — 7 minut; nie potrzebuję chyba dodawać, że w przerwach między jednym a drugim natryskiem na owrzodzenie należy nałożyć umiejętnie umocowany opatrunek z wazeliny jodoformowej*)

Postępując w sposób powyższy, autor w przeciągu 2—3 tygodni otrzymywał zupełne zabliźnienie się owrzodzeń, które lata całe trwały

Przewlekły gościec stawowy, czy mięśniowy, wymaga środków bardziej skutecznych, niż przetwory salicylowe lub jodowe: kąpiel gorąca z następczym zabiegiem zimnym wywiera w wielu przy-

*) Przekonałem się, że stosowanie jodoformu na owrzodzenia podudzia powoduje pryszczycę, wskutek czego od lat 8 nigdy środka tego nie zalecam, Zwłaszcza takim chorym, którzy rzadko się w poczekalni lekarskiej ukazują; zastępuję go 25% maścią z arystolu który uważam za najlepszy, niemal swoisty lek tego rodzaju cierpienia.

F. Gr.

padkach wprost zdumiewające działanie. Przy rwie lędźwiowej w przeważnej większości przypadków ból ustaje pod wpływem możliwie gorących okładów na okolicę lędzwiową 2 razy dziennie stosowanych, po których, następuje mięsienie tudzież suchy koc. Ogólne zabicgi hydriatyczne tonizujące, połączone z niewyszukaną dyetą, w przypadkach chronicznej niestrawności działają niekiedy wybornie, zwłaszcza gdy chory uprzednio nadużywał kawy, herbaty, napojów chłodzących, słodyczy i t. d.

Za pomocą powyżej naszkicowanego prostego postępowania udaje się otrzymać wprost zdumiewające wyniki nawet w takich przypadkach, gdzie cierpienie nie ustępowało pod wpływem wszelkiego leczenia farmaceutychnego.

Podług ref. w Centralbl. f. ges. Therapie 1901 № 12. Fr. G.

M. F. Ahlfeld. **Wilgotne zawijania jako środek przeciwko napadom eklamptycznym.** Kobietom ciężarnym, u których z powodu obecności białkomoczu, obrzęków i t. d. należy się obawiać napadów eklamptycznych, zaleca autor systematyczne stosowanie zawijań wilgotnych, chcąc za pomocą wzmożonej czynności skóry usunąć szkodliwości, jakie niedostateczna czynność nerek za sobą pociąga. Technika zabiegu tego jest nader prosta: zawinąwszy chorą naprzód w prześcieradło zmoczone w letniej wodzie i niezbyt mocno wyciśnięte, następnie w wełnianną kołdrę, przykrywymy lekką pierzyną (w braku zaś tej kilkoma kołdrami). Zabieg ten trwa koło trzech godzin; przez cały ten czas chora powinna dostawać w obfitej ilości napoje musujące tudzież słodkie mleko. Zawijanie należy powtarzać 2 razy dziennie.

Z 36 chorych (w tej liczbie 23 pierwiastki) poddanych z powyżej przytoczonych objawów zawijaniom, u żadnej nie wystąpiła eklampsia. Jedna chora, która przedtem dwukrotnie zroniła, z trzecią ciążą, pod wpływem zawijań stosowanych codziennie, w przeciągu 7 tygodni, dochodziła szczęśliwie do końca.

(Przy stosowaniu proponowanego przez A. zabiegu—na głowę zawsze należy kłaść zimny a często zmieniany okład, a nawet wórek z lodem, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie napływ krwi do głowy jest znaczny.) F. G.

Revue intern. de Ther. phys. 01. № 4.

KRONIKA

a) Kronika naukowa.

Surowica szkarlatynowa. Kiedy Behring rozpoczął na chorych błonicowych próbować swojej surowicy—znane już były własności lasecznika swoistego, wydzielone były jego toksyny i antytoksyny, zbadane wzajemne tych ciał chemicznych stosunki nie tylko jakościowe, lecz i

ilościowe. Inaczej postępują ci, którzy bez przedwstępnych prób—opierając się jedynie na przypuszczalnej analogii—chcą wynajdywać surowice lecznicze dla innych chorób zakaźnych. Niedawno Klemperer—zap. płuc, obecnie Leyden—płonicę próbowali leczyć surowicą krwi, pochodzącą od rekonwalescentów po zap. płuc, resp.—płonicy,

Gazety polityczne rozniosły po szerokim świecie telegraficzną wiadomość o odkryciu przez Leydena surowicy przeciwpłoniczej. Czy radość z powodu tego odkrycia jest słuszna—łatwo osądzić, dowiedziawszy się, że:

Leyden leczył 14 przypadków płonicy, zastrzykując chorym po 10 do 20 cm. sześc. surowicy, otrzymanej od rekonwalescentów; otrzymał: w 5 przypadkach wybitną poprawę, w 9—poprawę mniej wyraźną, a we wszystkich 14-stu—wcześniejsze zakończenie choroby. Były to wszystko przypadki lekkiej płonicy u dorosłych.

Na posiedzeniu lekarzy Charité, gdzie Leyden swój wykład wygłosił, ostro go skrytykował Heubner: nie znając zarazka płonicy, nie wiedząc czy przy płociny powstają toksyny i antytoksyny, nie wiedząc, czy ewent. te antytoksyny krążą we krwi,—nie wolno eksperymentować z ludźmi, zastrzykując im surowicę, pochodzącą od osobników, które mogły być chore (np. na gruźlicę gruczołów oskrzelowych, na przymiot); a już niczego nie dowodzi wyzdrowienie po lekkiej płonicy.

Więc, niestety, przedwczesna była radość dzienników!

Opocerebryna. Nie mniejsze wrażenie—wśród kół lekarskich—sprawiła praca Liona, który ogłosił (we Wraczu i Berl. kl. Woch) o znakomitym wpływie leczniczym opocerebryny Poehla na przebieg padaczki. Tymczasem lekarze tego samego szpitala (Samarskiego), w którym L. swe próby wykonał, dowiedli na zasadzie kart szpitalnych przez tegoż d-ra Liona pisanych, że zachwalany przetwór żadnego dodatniego wpływu na przebieg padaczki nie wywiera, że całe postępowanie było „doświadczeniem z ludźmi, doświadczeniem wykonanem przy braku wszelkich fizyologicznych podstaw działania tego preparatu". (Wracz. 1902, 2).

Skłonność do gruźlicy. Bardzo mało wiemy dotąd, jakie zmiany anatomiczne w ustroju odpowiadają temu teoryteсznemu pojęciu, które nazywamy „usposobieniem" „skłonnością" do gruźlicy, zarówno całego ustroju, jak i oddzielnych narządów, t. j. jaką drogą powstaje locus minoris resistentiae, w którym osiada lasecznik Kocha. Do nielicznych w tym kierunku prac anatomicznych (przypominamy, że o jedną taką pracę zbogacił naukę Edward Zieliński; p. „Czasop." 1901, str. 346) przybyło badanie znanego ginekologa Freunda, który twierdzi, że miejscowa skłonność do gruźlicy wierzchołków płucnych powstaje dzięki przedwczesnemu skostnieniu (w następstwie perichondritidis) chrząstki pierwszego żebra, t. j. dzięki unieruchomieniu tego żebra—przez co wierzchołek płuc zostaje, do pewnego stopnia, uciśnięty, odcięty; więc przez uciśnięte tętnice mniej do wierzchołka krwi dopływa, a przez uciśnięte oskrzela—mniej powietrza. Leczyć to usposobienie miejscowe należy, przecinając zwapniałą chrząstkę.

Pomijając już kwestyę, czy to, co Freund uważa za przyczynę (zwapnienie chrząstki) nie jest już skut-

kiém, mianowicie niedostatecznych ruchów oddychowych lub zaburzeń w przemianie materyi, powstałych na tle istniejącej gruźlicy — bardzo wątpliwą wartość zdaje się mieć rada przecinania chrząstki pierwszego żebra.

W każdym razie, nie zbliża nas teorya Freunda do zrozumienia ogólnej skłonności do gruźlicy.

Chloroformowanie sercowych. W bardzo ważnej sprawie: czy wolno odurzać chloroformem chorych sercowych— zabrał głos Huchard. (Journ. d. pract. 1902 № 7). Wbrew utartemu poglądowi, jakoby zarówno wada serca, jak i napady dusznicy sercowej, stanowiły przeciwwskazanie do odurzania — Huchard twierdzi, że takich chorych nie wolno chloroformować tylko w okresie zaburzenia kompensacyi; kiedy zaś serce wadę dobrze wyrównywa — nic nie przeszkadza odurzaniu.

Jedno wszakże czyni Huchard zastrzeżenie: chloroformować należy głęboko, aż do zniknięcia wszystkich odruchów; właśnie bowiem odruchy ujemnie wpływają na serce i są przyczyną zapaści chorych sercowych, niezupełnie odurzonych.

Leki przeciwgorączkowe. Prof. Jendrassik (z Pesztu) w obszernej pracy (Revue de medec. 1901. XI) zastanawia się nad pytaniem: czy należy leczyć gorączkę i jak to czynić. Przedewszystkiem, zdaniem J., należy porzucić raz na zawsze teleologiczną teoryę o roli gorączki jako środka samoobrony ustroju. Gorączka jest objawem przykrym i szkodliwym; więc należy ją zwalczać. Środków przeciwgorączkowych większość lekarzy unika, ponieważ mają one: zmniejszać utlenianie wewnętrzne, źle wpływać na odżywianie, powodować osłabienie mięśnia sercowego. Co się tyczy pierwszego zarzutu, to nikt nie dowiódł, by wzmożone gorzenie gorączkujących miało być dla nich korzystne; przeciwnie: zwolnienie spraw utleniania oszczędza tkanki. Odżywianie poprawia się wraz z ustąpieniem gorączki. Co się zaś tyczy zapaści po środkach przeciwgorączkowych, to bardzo często zależy ona od idyosynkrazyi do danego środka, wogóle zaś łatwo przechodzi pod wpływem środków pobudzających; nikt nieopisał dotąd przypadku śmierci z powodu zapaści po środku przeciwgorączkowym; zresztą, zapaść widujemy i po samoistnym spadku ciepłoty. Teoryę o osłabiającym serce wpływie tych środków uważa J. za zasadniczo błędną. Wraz ze spadkiem ciepłoty naczynia włoskowate rozszerzają się, ciśnienie krwi w tętnicach obniża się, zmniejsza się liczba skurczów serca, obieg krwi zostaje przyśpieszony.

W celu obniżenia ciepłoty poleca J. antipirynę, fenacetynę i aspirynę. Kąpiele uważa jedynie za środek ogólnie krzepiący.

Dawkę tych leków daje J. taką, by działała w ciągu sześciu godzin (1,0—1,5 fenacetyny per os albo 3,0—5,0 antipiryny per rectum, na raz lub w dwu dawkach, w ciągu kwadransa). Dawkę ponowić, nieczekając aż ciepłota powróci do poprzedniej wysokości.

Ten heroiczny — w stosunku do powszechnie przyjętego u nas postępowania — sposób leczenia gorączki ilustruje J. przykładami z własnej praktyki. Tak naprzykład, przytacza przypadek duru brzusznego kobiety brzemiennej, która w ciągu 3 tygodni dostawała po 20 gramów antipiriny na dobę i 8-go dnia po spadku ciepłoty urodziła czasowe żywe dziecko.

W pewnym związku z powyżej wyłożoną sprawą stoją doświadczenia Schützego, który starał się zbadać, czy środek przeciwgorączkowy, zadawany zwierzętom zarażonym np. laseeznikiem duru brzusznego, zmniejsza ilość antytoksynów we krwi tych zwierząt. Otóż okazało się, że dawka antipiryny, która paciepłotę zarażonego królika (40° C.) obniżała o 1,5—2,0° wcale niemiała szkodliwego wpływu na wytwarzanie owych swoistych ciał imunizacyjnych, którym przypisujemy obecnie zdolność obrony organizmu przeciw toksynom bakteryjnym. (Zt. f. Hyg. Tom 38).

Agurinum. Poważnego konkurenta otrzymała diuretyna w nowym przetworze teobrominy, w agurynie, która zawiera teobrominę i octan sodu. O licznych ujemnych stronach stosowania diuretyny pisano niedawno w „Czasopiśmie" (p. str. 20). Aguryna ich niema, a ponieważ jest łatwo rozpuszczalna w wodzie—ma tem samem wyższość nad teobrominą. Wskazania do użycia aguryny są te same, co i do użycia diuretyny; sposób przepisywania (w wodzie miętowej, w proszku) ten sam. Dawki dzienne do 3 gramów.

Patologia rasowa. Oceniając (w „Medycynie" № 8) pierwszy tom podręcznik A. Sokołowskiego, wypowiada Wł. Biegański wielkiej doniosłości uwagi o metodach, jakiemi się należy posługiwać, chcąc poznać odrębność w przebiegu spraw patologicznych u danego narodu.

„Dotychczasowe badania patologiczne opierają się głównie na spostrzerzeniach szpitalnych. Chorzy szpitalni stanowią jednostki, wyrwane ze stałego środowiska, i przedstawiają zwykle daleko posunięty okres choroby, gdzie już wszelka odrębność zanika. Przy badaniu ich zwracamy uwagę na wybitne objawy z pominięciem drobnych szczegółów; tymczasem one właśnie składają się na odrębność indywidualną, narodową lub rasową choroby", Stworzyć patologię rasową można, uwzględniając te właśnie szczegóły; należy śledzić drobne zboczenia w przebiegu objawów głównych; należy badać chorego w początkach choroby i w jego otoczeniu domowem.

Te mimochodem rzucone wskazówki domagają się szczegółowego opracowania. Szerzej rozwinięte, zilustrowane prykładami — mogłyby one pobudzić nie jednego do pracy w tym kierunku!

b) Kronika bytowa.

22. Lekarz powiatu Kozienickiego podniósł nader doniosłego znaczenia sprawę—na podstawie rozporządzenia b. komisyi spraw wewnętrznych i duchownych z daty 31 maja 1846 r. (dziennik praw tom 38 § 26) i skierował na właściwą drodę, mianowicie sprawę pobudowania przy cmentarzach parafialnych, istniejących oraz w przyszłości mających powstać w powiecie Kozienickim, domów przedpogrzebowych. Ze względu zdrowotności, domy podobne są nieodzowną koniecznością, zwłaszcza po wsiach i miasteczkach, zamienionych po roku 1863 na osady, gdzie w szczupłych niskich i źle przewietrzanych domach i chatach mieści się liczna rodzina, a często i kilka rodzin. Domy przedpogrzebowe, w powyżej przytoczonych warunkach, są nieocenione w skutkach, utrudniają bowiem rozszerzanie się chorób zaraźliwych, oraz tamują rozwijanie się ich w epidemie, podczas których są prawdziwem dobrodziejstwem. Dla tego też należałoby we wszystkich powiatach poruszyć z zapomnienia tę ważną sprawę.

Według projektu., domy przedpogrzebowe powinny składać się z dwóch oddzielnych izb, pierwszej izby nieogrzewanej czyli zimnej, dla przechowywania umieszczonych w niej zaraz po skonaniu, do czasu oddania ciała ziemi, i drugiej ogrzewanej z kotłem wmurowanym do zagotowania wody; izba ta służy do odmrażania ciała w porze zimowej i do dopełnienia sekcyi i wszelkich oględzin sądowo-lekarskich na trupach świeżych i ekshumowanych, co dotąd najczęścej dokonywa się pod gołem niebem i jest z wielu względów bardzo niedogodnem.

(„Gaz. Radom" 1901 № 10)

23. Sprawozdanie szpitala w Staszowie (g. Rad.) za ubiegły rok 1901 w głównych zarysach przedstawia się następująco: w przeciągu roku chorych było -449; zmarło—30, pozostało no rok 1902—29; życie chorych, sióstr miłosierdzia i służby kosztowało—2893 rb. 29 kop.; opał. światło, pranie bielizny—533 rb. 59 kop.; lekarstwa—440 rb- 29 kop.; inne wydatki —291 rb. 59 kop.; lekarstwa—440 rb. 28 kop.; inne wydatki—291 rb. 14. kop. —przeciętnie żywność jednego chorego dziennie—14, 8 k. (w 1900 r.—15, 8 k.); lekarstwa—4,4 k. (5,8 k.); różne wydatki—33,1 k. (44,6 k.); razem całkowite utrzymanie jednego chorego dziennie—42,3 k. (66,2 k.), a utrrzymanie całoroczne jednego chorego kosztowało—9 rb. 43 kop. (W 1900 r. —13 rb. 24 kop.); ogólny dochód wynosił—7192 rb. 81 kop., wydatki zaś —4204 rb 18 kop. Ordynatorem szpitala obecnie jest gr. Leon Karbownicki, kuratorem rejent Luboński. kasyerem p. Nowicki; przy szpitalu jest trzy siostry miłosierdzia zgromadzenia św. Wincentego a Paulo.

(„Gaz. Radomska". 1902. № 14)

24. Wydatek *jednej* gminy na konto kuracyi szpitalnej. Gmina Lubotyń, w guberni Kaliskiej, zapłaciła w róznych szpitalach za leczenie *„żebraków i włóczęgów"*, pochodzących z tej gminy:

w roku 1899 — 692 ruble.
„ „ 1900 — 551 „
„ „ 1901 — 655 „

(Gazeta Świąteczna)

25. W „Sprawozdaniu C. K. Krajowej Rady zdrowia w Galicyi" powiada Dr. J. Gwiazdomorski („Przegl. Lek. 1902 № 7), że aresztai więzienia w miastach prowincyonalnych są często złe pod względem sanitarnym, niechlujne, przepełnione. Choroby zakaźne szerzą się za pomocą tych aresztów i więzień.

Jeszcze gorszy obraz stosunków panujących w aresztach prowincyonalnych rosyjskich rysuje A. Bałow, w № 1. „Boln. Gaz. Botk" („Jedna ze spraw hygieny społecznej").

Wówczas kiedy więzienia podlegagają stałej kontroli sanitarnej, aresztа w miasteczkach i po wsiach są poprostu straszne: niewielki pokoik, z jednem lub dwu oknami (czasem bez okna!), z kilku ławami; do tego pokoju „wsadza się" aresztantów tylu, ilu dana chwila przynosi; smród od kubła, smród z powodu skupienia, tysiące pasorzytów, bijatyki pijanych. Włóczęgi, prostytutki, ludzie aresztowani z powodów paszportowych, pijacy, złodzieje — wszyscy razem, a głównie: chorzy obok zdrowych.

Taki stan rzeczy powinien zwrócić uwagę i naszych lekarzy urzędujących, gdyż na te braki nikt chyba uwagi nie zwraca, a jednak i to jest „jedna ze spraw hygieny społecznej".

26. Racyonalną uwagę w sprawie honoraryów lekarskich znajdujemy w № 5 „Wracz Gaz.": „Właściwie kwestya słuszności lub niesłuszności oznaczania sobie wysokości honoraryum istnieje jedynie w stosunku do lekarzy zwykłych... „Znakomitościom" nikt tego prawa nie kwestyonuje, na nich się nikt nie oburza. Dla czego jednak zwykły lekarz ma się zadawałniać każdym datkiem, jaki mu pacyent ofiaruje?."

27. „Russkij Wracz" notuje w swej kronice postępek Berlińskiego profesora Posnera, który—bawiąc w Moskwie—stanowczo odmawiał wszelkich porad chorym, motywując odmowę tem, że w tem mieście dosyć jest dobrych lekarzy.

Szkoda, że nie wszystkie znakomitości postępują w ten sam sposób!

28. W „R. Wraczu" prof. Buszujew potępia zwyczaj tykania chorych z klasy ubogiej. Kierując się zazwyczaj w tym względzie bardzo powierzchownemi oznakami, mówimy do naszych chorych albo „Pan", albo w liczbie mnogiej, albo wreszcie - w liczbie pojedyńczej. Więc nieraz boleśnie dotykamy ludzi z rozwiniętem poczuciem godności. Zresztą, mówiąc nawet do prostaka grzecznie—właśnie rozwija-

my w nim poczucie tej godności. Grzeczne traktowanie chorych zbliża chorego do lekarza, wzbudza przychylność i zaufanie; a przytem, tykając chorego łatwiej wpadamy w gniew: łatwiej nam się wtedy wyrywa jakieś słówko niegrzeczne, jakieś wyrażenie obelżywe.

29. O ile wnosić należy ze sprawozdań dziennikarskich, sprawa równouprawnienia wszystkich słowian na „Zjazdach lekarzy rosyjskich im. Pirogowa" miała przebieg o wiele inny aniżeli pierwotnie sądzić można było. Wnioskodowca prof. Ott i rzecznicy, popierający wniosek Otta (prof. Diakonow, dr. Czepurkowski i in.), rzadko zabierali głos i przemawiali blado; natomiast przeciwnicy wniosku byli liczni i nie żałowali barw jaskrawych w swej argumentacyi; osią debaty było przemówienie honorowego prezesa Zjazdu prof. Kapustina: występując przeciw dopuszczeniu samych tylko słowian, już nie jako równouprawnionych członków Zjazdu, ale tylko jako „gości," oświadczył prof. K., że na polu polityki różnić się mogą rosyanie z niemcami, ale w sferze medycyny nie mogą nie powitać gości, przybyłych z Germanii itd.; a co do równouprawnienia językowego, to prof. K kategorycznie oświadczył: my (rosyanie) uczymy się obcych języków, niech i nasi goście nauczą się po rosyjsku. Obie przytoczone myśli prof. Kapustina zostały entuzyastycznie przyjęte przez zgromadzenie i zawyrokowały o jego odpornej uchwale. Wszystko więc z tej strony pozostaje po dawnemu i nie wpłynie na ustalone już w tym kierunku stosunki,

(Przeg. lek. № 8. 1902.)

30. Na założenie szpitalika dla dzieci w Łodzi ofiarowali państwo E. Geyerowie rubli 10,000. Na tenże cel, drugą z kolei, ofiarę w ilości rub. 500, złożył kol. K Jonscher.

Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Dr. Bronisław Woyciechowski.

Zmarł d. 7 Lutego b. r. w swojem rodzinnem mieście, Kaliszu. Urodzony w 1845 roku, kształcił się początkowo w słynnej podówczas Kaliskiej szkole Wyższej Realnej, prawie współcześnie z Adamem Asnykiem. W r. 1865 wstąpił na wydział lekarski Szkoły Głównej w Warszawie; w pięć lat później, z dyplomem lekarskim w ręku, powrócił w rodzinne strony Kaliskie, gdzie pracował 30 lat. 14 miesięcy spędzonych w szpitalu pod Plewną w czasie wojny rosyjsko-tureckiej nie wchodzi w tę liczby. Słupca, Dobra, Uniejów, Zduńska Wola i Błaszki były pierwszymi etapami działalności lekarskiej zmarłego Kolegi w ciągu pierwszych lat 10 po wyjściu z uniwersytetu. Od 1881 roku mieszkał aż do śmierci w Kaliszu, gdzie w ciągu 20 lat zajmował posadę lekarza więziennego i tyleż lat był lekarzem gimnazyalnym.

Pomimo wielkiego wykształcenia fachowego praktyką prywatną w ostatnich latach mniej się zajmował, poświęcając wolny od zajęć obowiązkowych czas poszukiwaniom archeologicznym i historycznym. Cichy, skromnych potrzeb, skwapliwie wzbogacał swój księgozbiór, w którym, oprócz pokaźnej ilości dzieł i czasopism współczesnych, znajduje się wiele cennych zabytków naszego piśmiennictwa lekarskiego. Dzięki temu zamiłowaniu do książek ś. p. Woyciechowski przez cały szereg lat był wybierany na Bibliotekarza przez Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Wynikiem jego badań nad dziejami naszej oświaty była „Kronika szkół Kaliskich z końca XVII wieku“, praca oparta na źródłach archiwalnych gimnazyum Kaliskiego, oraz „Stanisław Wosiński, lekarz XVII stulecia“ wynik pracowitych szperań w księgozbiorach Krakowa. „O chorobie Weila“ należy również do tego rodzaju prac sumiennych. Pomysłowy ś. p. Woyciechowskiego „przyrząd do pisania dla ociemniałych“ był zaszczytnie odznaczony na pierwszej wystawie Hygienicznej w Warszawie.

Oprócz rzadkiego księgozbioru pozostawił on cenny zbiór zabytków archeologicznych, wykopalisk, starych monet i t. p. W zmarłym społeczeństwo utraciło cichego, sumiennego pracownika i człowieka nieskazitelnego charakteru, my zaś lekarzy zacnego kolegę i przyjaciela.

Niech mu lekką będzie ta Kaliska ziemia, którą tak miłował!

J. Koliński.

B. p. Zygmunt Perkahl.

15 Lutego r. b. zmarł w mieście Płocku ogólnie lubiany i szanowany Dr. Zygmunt Perkahl. Przed 30 laty, po skończeniu byłej Szkoły Głównej, kol. Perkahl przybył do Płocka, gdzie objął wkrótce posadę lekarza gimnazyum męzkiego, zaś w roku 1878 został lekarzem naczelnym miejscowego Szpitala Żydowskiego; obydwa te stanowiska piastował do samej śmierci, która nastąpiła nagle w skutek choroby serca. Pracując przez lat 20 z kol. Zygmuntem w tej samej miejscowości, byłem świadkiem rzeczywiście nieposzlakowanych stosunków koleżeńskich zmarłego, jego światłej i pracowitej działalności zawodowej. Bolejąc serdecznie nad przedwczesną utratą kol. Zygmunta, śmiało rzec mogę, iż był to człowiek o najszlachetniejszem sercu i charakterze, że posiadał niepospolity umysł, obejmujący bardzo szerokie koła w poglądzie na świat. W dowód uznania Towarzystwo Lekarskie Płockie powołało przed 4-ma laty D-ra Perkahla na prezesa swojego, przed tem zaś przez długi czas był sekretarzem tego Towarzystwa.

Kochał kolegów Dr. Perkahl, kochał społeczeństwo swoje i pracy dla dobra jego nie szczędził; niech że odpoczywa spokojnie, pożegnany żalem ogólnym tych, co go znali i tych, co wspólnie z nim pracowali.

Dr. Kornel Gorski

B. p. Z. Perkahl ogłosił drukiem następujące prace lekarskie: 1) Zapalenie epidemiczne powłok mózgowych Gazeta Lek. 1879. 2) Kilka słów w kwestyi helminthiasis u dzieci Gazeta Lek. 1874. 3) Dwanaście dni trwające wstrzymanie wydzielania moczu Gazeta Lek. 1883. 4) O tyfusie miejscowym Gaz. Lek. 1895. 5) Błękit metylenu jako odczynnik na żółć. Gaz. Lek. 1894.

Krytyka i bibliografia.

Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych przez Władysława Biegańskiego. Tom drugi, str. 619. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej. Warszawa 1901.

Opuścił niedawno prasę zapowiedziany drugi tom „Wykładów o chorobach zakaźnych ostrych" Władysława Biegańskiego. Rozbiór i ocenę pierwszego tomu podaliśmy w № 6 Czasopisma Lekarskiego z r. zeszłego, gdzie wykazaliśmy nieliczne stosunkowo usterki, a bardzo liczne zalety tej pracy, czyniące ją ze wszech miar pożyteczną jako podręcznik naukowy, przedstawiający naukę o chorobach zakaźnych ostrych w świetle najnowszych zdobyczy naukowych. Jak się spodziewać należało i tom drugi odpowiada zupełnie zadaniom, o czem niech się czytelnik w raz znami przekona z rozbioru bogatej treści pracy naszego uczonego kolegi, a jeszcze lepiej—z uważnego przeczytania tej pracy, na to zupełnie zasługującej.

Drugi tom zawiera 19 wykładów klinicznych; z tych jeden poświęcony jest grypie, 3 zapaleniu płuc włóknikowemu, 5 gruźlicy, 1 dyzenteryi, 2 cholerze, 1 zapaleniu opon nagminnemu, 1 tężcowi, 2 zimnicy, 1 zakażeniu wąglikowemu, 1 nosaciźnie i 1 wściekliźnie.

W wykładzie pierwszym, o grypie, po krótkim stosunkowo, a zatem nienużącym, przeglądzie historycznym epidemiologii tej choroby i jej etyologii bakteryologicznej, którą słusznie uważa za niewyjaśnioną dotąd, autor przechodzi do przedstawienia obrazu klinicznego choroby, przyczem szczegółowo omówioną jest symptomatlogia. Na zaznaczenie w tym względzie zasługuje pogląd autora na podział grypy na 3 postaci: mózgową, piersiową i brzuszną, dawniej powszechnie przyjęty, a i dziś jeszcze przez wielu aprobowany. Autor słusznie kładzie nacisk na chwiejność takiego podziału, który jest nietylko, jak twierdzi, sztuczny, lecz, mojem zdaniem, niezgodny z ścisłą obserwacyą kliniczną. Mamy tu zupełnie to samo, co z durem brzusznym, przy opisie którego w dawnych podręcznikach znajdujemy dziś prawie zupełnie zarzucone terminy typhus cerebralis, pneumothyphus i t. p.

W zupełności zgodzić się można z autorem co do częstości nasileń przy grypie, które stanowią niemal prawidło, czy zaś *możemy mówić o powrotach choroby*, to rzecz niepewna; istnienie przewlekłej grypy, o czem zresztą autor tylko wspomina, jest zupełnie wątpliwe i bynajmniej niedowiedzione.

Przy różniczkowem rozpoznaniu autor słusznie najdłużej się zatrzymuje nad rozróżnieniem grypy od zwykłej gorączki nieżyto-

wej, raczej ostrego nieżytu dróg oddychowych z gorączką. Jestto tem słuszniejsze, że od czasu pojawienia się ostatniej epidemii grypy lekarze są bardzo skłonni do rozpoznania grypy tam, gdzie mamy do czynienia ze zwykłym nieżytem dróg oddychowych, lub gdzie się w następstwie okazuje, że się rozwija inna choroba zakaźna, czego z różnych względów wystrzegać się należy.

Powikłania grypy, szczególnie ze strony narządu krążenia i nerwowego, wpływ grypy na istniejące poprzednio zakażenie gruźlicze, znajdują zgodne z naszemi obecnemi wiadomościami uwzględnienie.

Leczeniu grypy autor niewiele poświęca miejsca; choroba ta bowiem prawie nie wymaga leczenia. Zachowanie się dyetetyczno-hygienicznie, a szczególnie leżenie w łóżku, na które autor kładzie nacisk, najczęściej wystarcza. O zachwalanych w swoim czasie specyfikach autor zaledwie wspomina, napoje wyskokowe w dużych ilościach, których przyjmowanie rozpowszechniło się w ostatnich epidemiach, autor potępia.

Tzy następne wykłady, t. j. drugi, trzeci i czwarty, poświęcone są zapaleniu płuc włóknikowemu, chorobie tak częstej i tyle zawsze dającej przedmiotu do myślenia i dyskusyi.

Przy omawianiu etyologii autor głównie zajmuje się bakteryologią tej choroby i przypisuje drobnostrojom swoistym dominującą rolę w powstaniu choroby; nie mniej jednak nie odmawia znaczenia wpływom zewnętrznym: zaziębieniu, wdychaniu pyłu, urazom, i t. p., przedstawiając dane kliniczne i doświadczalne przemawiające za ich znaczeniem w etyologii zapalenia płuc włóknikowego.

Objawy zapalenia płuc autor dzieli na ogólne i miejscowe. Do ogólnych należy gorączka, niemoc układu mięśniowego, bredzenie, zmiany we krwi (leukocytoza), powiększenie śledziony; do miejscowych: ból kłujący w klatce piersiowej, kaszel, charakterystyczna plwocina, duszność i objawy fizykalne. Każdy z powyższych objawów jest szczegółowo i krytycznie omówiony.

Szerokie uwzględnienie znajdują zmiany w czynności ważnych narządów, szczególnie zaś serca i nerek, odgrywające tak ważną rolę w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego.

Przy rozpoznaniu autor słusznie kładzie nacisk na ważność objawów ogólnych i subjektywnych, które często pozwalają na wszesne rozpoznanie choroby przy braku objawów fizykalnych, a które nie są dziś należycie uwzględniane. Na zejściach choroby prawidłowych (resolutio) i nie prawidłowych w marskość, zgorzel i ropień, na licznych powikłaniach, autor kończy opis obrazu klinicznego choroby.

Oddzielny wykład poświęcony jest rokowaniu i leczeniu zapalenia płuc włóknikowego. Przy rokowaniu autor główny nacisk kładzie na stan tętna ,świadczącego o sprawności serca. Leczeniu zapalenia płuc włóknikowego autor poświęca 15 stronic. Właści-

we leczenie choroby rozpoczyna zaledwie wzmianką o seroterapii, która dotąd zawiodła Za to szerokie uwzględnienie znajduje sprawa ogólnego upustu krwi przy zapaleniu płuc włóknikowem, który od czasów Ditla został zarzucony, dopiero w ostatnich czasach na nowo wskrzeszony. Wskazania do tego rękoczynu zostały szczegółowo i umiejętnie przedstawione.

Środkom farmaceutycznym, a szczególuie wprowadzonym w ostatnich czasach jako metoda wielkim dawkom naparstnicy, pilokarpiny i t. p. autor słusznie odmawia wszelkiej racyi bytu w leczeniu zapalenia płuc włóknikowego.

Hydroterapia ma, zdaniem autora, niewielkie znaczenie przy zapaleniu płuc włóknikowem; autor zdaje się jest jej przeciwnikiem przy tej chorobie.

Środki pobudzające czynność sęrca (cardiaca) nieco pobieżnie są omówione; ze względu na ważność tych środków w leczeniu zapalenia płuc włóknikowego należało, zdaniem mojem, bardziej dać szczegółowe wskazówki do ich użycia tembardziej, że w tym względzie panuje między lekarzami duża różnica zdań i często popełniane są błędy.

Leczenie objawowe i leczenie powikłań kończą rzecz o włóknikowem zapaleniu płuc, wybornie opracowaną.

Pięć następnych wykładów t. j, piąty. szósty, siódmy, ósmy i dziewiąty poświęcone są gruźlicy, conajmniej razem około 200 stron. Już to samo świadczy, jak szczegółowo opracowany.został dział dotyczący choroby zakaźnej zaprzątającej zawsze, a dziś więcej niż kiedykolwiek, umysły lekarzy całego świata. Każdy z 5 wykładów o gruźlicy stanowi jakby osobną całość. W pierwszym z 5 wykładów autor, po krótkim historycznym przeglądzie, zajmuje się szczegółowo ctyologią i ogólną anatomią patologiczną choroby. Znajdujemy tu wszechstronny i gruntowny opis lasecznika gruźliczego, drogi jakiemi on się do ustroju dostaje; poruszoną tu jest sprawa dziedziczności i zaraźliwości gruźlicy. Cała rzecz o etyologii gruźlicy jest gruntownie opracowana i daje doskonały obraz stanu, w jakim się dziś nauka w tym kierunku znajduje. W drugim wykładzie pod tytułem „zakażenie gruźlicze uogólnione“ autor zajmuje się patologią ogólną gruźlicy prosówkowatej i umiejscowieniem jej w płucach i oponach mózgowych, a w trzecim—wyłącznie patologią gruźlicy płuc.

W następnym, czwartym, wykładzie autor zajmuje się gruźlicą we wszystkich narządach. Znajdujemy tu opis gruźlicykrtani, gardzieli, nosa, przewodu pokarmowego, otrzewnej, opłucnej, nerek, dróg moczowych, narządów płciowych i t. p. Jedne sprawy są więcej, inne mniej szczegółowo opracowane; zwróciłbym szczególną uwagę na zanadto pobieżny opis gruźlicy opłucnej i pominięcie wielu kwestyi dotyczących tej ważnej sprawy chorobowej.

Ostatni wykład o gruźlicy poświęcony jest rokowaniu, a głównie leczeniu choroby. Dużą część zajmuje profilaktyka, opracowana bardzo szczegółowo i umiejętnie. Przystępując do właściwego

leczenia i stwierdziwszy, że gruźlica jest chorobą uleczalną autor przedewszystkiem rozpatruje warunki sprzyjające wyleczeniu gruźlicy i na nich opiera ogólne wskazania lecznicze, stanowiące podstawę spółczesnej dyetetyczno-hygienicznej metody leczenia gruźlicy.

Mówiąc o znaczeniu klimatu w leczeniu gruźlicy, autor może zbyt wielką rolę przypisuje czystemu powietrzu, a zbyt małą innym właściwościom i czynnikom, jak: ciepłocie powietrza, działaniu promieni słonecznych (insolacya), ciśnieniu atmosferycznemu i t. p.

Rzecz o leczeniu w sanatoryach bardzo szczegółowo jest opisaną; podaje też autor wskazania do leczenia w stacyach klimatycznych południowych, które nie straciły pewnego znaczenia przy leczeniu gruźlicy, jak to wielu sądzi.

Ze środków farmaceutycznych w leczeniu gruźlicy autor wspomina tylko o kreozocie i jego częściach składowych w różnych kombinacyach, odmawiając im prawie wpływu na przebieg gruźlicy. Pomimo to podaje autor wskazania i przeciwskazania do użycia kreozotu. Nie sądzimy, aby, nawet trzymając się tych wskazań i przeciwskazań, można korzystnie stosować krezot. Nam się zdaje że należało raczej silnie zaakcentować bezskuteczność wszelkich dotychczas zalecanych w gruźlicy środków farmaceutycznych, a to tem więcej, że środki tego rodzaju jak kreozot, gwajakol, geozot, tiocol, hetol, często bardzo drogie, są jeszcze dziś gęsto w użyciu przy leczeniu gruźlicy, przynosząc więcej szkody, aniżeli pożytku, wpływając najczęściej ujemnie na sprawność żołądka, a zatem żywienie i odżywianie chorych.

Krótka wzmianka o tranie, kumysie, kefirze i żentycy kończy rzecz o leczeniu gruźlicy.

Że leczenie miejscowe, chirurgiczne, nie wchodzi w zakres wykładów autora, na to jeszcze zgodzić się możemy, lecz tego bynajmniej nie możemy powiedzieć o leczeniu objawowem i leczeniu niechirurgicznem umiejscowień gruźlicy tak ważnem dla internisty. Sądzimy, że omówienie takich kwestyi, jak wskazania do użycia środków kojących, jak leczenie gruźlicy krtani i t. p. są również ważne, a mojem zdaniem ważniejsze, jak wskazania i przeciwskazania do użycia kreozotu. Byłoby do życzenia, aby ten brak mógł być dopełniony w przyszłych wydawniach.

Kończąc rozbiór treści i ocenę wykładów o gruźlicy, zaznaczyć musimy, że mimo powyższych usterek i braków całość o gruźlicy jest wybornie opracowana i stanowi piękną monografię o tej chorobie, jakiej brak w naszej literaturze.

Dziesiąty wykład, o dyzenteryi, poświęcony jest w znacznej części etyologii tej choroby i znaczeniu ameb w jej powstaniu jakoteż samozakażeniu. Przy rozpoznaniu autor słusznie zwraca uwagę na trudności, jakie się nieraz przedstawiają w odróżnieniu dyzenteryi od nieżytu okrężnicy, co dla rokowania i proflaktyki ma ważne znaczenie. Z powikłań szczególną uwagę zwraca autor na ropnie wątroby. Leczenie dyzenteryi szczegółowo jest omówione.

Dwa wykłady, jedenasty i dwunasty, poświęcone są cholerze. W pierwszym autor przedstawia nam gruntownie i zgodnie z najnowszemi zdobyczami nauki rzecz o epidemiologii i etyologii choroby. Znajdujemy tu bardzo dobry opis lasecznika przecinkowego i jego znaczenie w etyologii cholery. W drugim wykładzie zapoznaje nas autor z częścią kliniczną choroby. Ze wszech miar starannie i dokładnie opracowane jest leczenie cholery oparte na własnem doświadczeniu; każda z metod w nowszych czasach wprowadzona do terapii cholery poddaną jest ścisłej naukowej krytyce.

W wykładzie trzynastym, o zapaleniu opon mózgowych nagminnem, autor przedstawia historyę badań bakteryologicznych dotyczących tej choroby, przyczem omawia szczegółowo rolę pneumokoków i meningokoków Weichselbauma w powstaniu choroby. Obraz kliniczny choroby starannie jest przedstawiony. Przy omawianiu leczenia autor stara się uzasadnić metodę przeciwzapalną przy zapaleniu opon mózgowych nagminnem; czy jednak lód na głowę, upust krwi miejscowy, zmniejszenie ucisku mózgu za pomocą przekłucia lędźwiowego, stanowią środki przeciwzapalne i czy przy dzisiejszym stanie naszej wiedzy może być mowa o metodzie przeciwzapalnej w terapii chorób zakaźnych - to rzecz do dyskussyi.

W wykładzie czternastym, o tężcu, omówione są szczegółowo poglądy na potogenezę tej choroby przed odkryciem lasecznika tężcowego i po jego wykryciu. Opis lasecznika tężcowego, jego znaczenie w etyologii tężca, szczegółowy obraz kliniczny choroby, krytyczny rozbiór leczenia za pomocą surowicy przeciwtężcowei i za pomocą leków kojących—stanowią treść wykładu.

Dwa wykłady, piętnasty i szesnasty, poświęcone są zimnicy. W pierwszym z nich zajmuje się autor głównie epidemiologią i etyologią choroby. Jest tu z początku mowa o endemiach i epidemiach tej choroby, zależność choroby od właściwości gruntu, położenia geograficznego, pór roku i usposobienia, poczem autor przechodzi do b. szczegółowego rozbioru bakteryologii zimnicy, opisu pasożytów tej choroby i zmian przez nie wywołanych w ustroju.

Drugi wykład o zimnicy poświęcony jest obrazowi klinicznemu i leczeniu choroby. Autor rozróżnia 4 postaci: typową, nietypową, złośliwą i zakażenie zimnicze utajone i każdą oddzielnie charakteryzuje. Przy rozpoznaniu autor słusznie kładzie nacisk na częstą trudność rozpoznawczą z objawów klinicznych, które istotnie są bardzo zwodnicze. Przy leczeniu zimnicy autor nie zadawalnia się stwierdzeniem skuteczności chininy przy tej choroby, lecz podaje bardo szczegółowo wskazówki sposobu stosowania tego leku, co niewątpliwie wpływa na jego skuteczność. Znaczenie arszeniku w leczeniu zimnicy autor słusznie ogranicza tylko do przewlekłych postaci; w ostrych bowiem postaciach, wbrew zdaniu wielu, na skuteczność arszeniku wcale liczyć nie można i bez chininy w tej lub owej formie obejść się niepodobna.

W wykładzie siedemnastym, o zakażeniu wąglikowem, siedmnastym, o nosaciźnie, i ostatnim dziewiętnastym, o wściekliźnie, znaj-

dujemy przedstawioną patologię i terapię tych chorób na podstawie ostatnich badań i spostrzeżeń klinicznych.

Już przy ocenie pierwszego tomu dzieła D-ra Biegańskiego zaznaczyliśmy, że posiada ono, szczególnie pod względem pedagogicznym, wielkie zalety. To samo w równym, jeśli nie większym, stopniu możemy powiedzieć o drugim tomie. Już to jedno stawia dzieło D-ra Biegańskiego w pierwszym rzędzie najlepszych tego rodzaju prac. W tym względzie dzieło D-ra Biegańskiego stoi niewątpliwie wyżej od wielu podręczników zagranicznych, jakie w ostatnich czasach pojawiły się w literaturze niemieckiej.

Co do innych zalet pracy D-ra Biegańskiego, możemy jeszcze raz powtórzyć to, cośmy powiedzieli przy ocenie pierwszego tomu „z punktu widzenia czysto naukowego praca D-ra B. stoi na wysokości zadania. Przedstawia ona naukę o chorobach ostrych zakaźnych w świetle najnowszych zdobyczy naukowych; czytelnik znajdzie w niej streszczenie danych naukowych dziś istniejących; wszystkie wywody są oparte na faktach zdobytych drogą badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych. Przy opisie oddzielnych spraw chorobowych, który jest dokładny i wyczerpujący, autor dłużej zatrzymuje się nad etyologią, rozpoznaniem i leczeniem. I słusznie. Etyologia bowiem chorób zakaźnych zrobiła w ostatnich latach ogromne postępy i niemało wpłyneła na zmianę poglądów terapeutycznych. Rozpoznanie—jako główna podstawa dla rokowania i leczenia—szeroko jest uwzględnione. Pisząc dla praktyków, autor doskonale zadanie zrozumiał i dobrze zrobił, poświęciwszy leczeniu dużą część swej pracy".

To też nie wątpimy, że dzieło D-ra Biegańskiego przez długi czas służyć bedzie jako wielce pożyteczny podręcznik dla studentów i lekarzy, chcących się dokładnie zapoznać z ważnym działem medycyny, dotyczącym chorób zakaźnych ostrych.

Stanowi ono prawdziwą ozdobę naszej niebogatej dotąd literatury lekarskiej, a zupełnie ubogiej w podręczniki naukowe. Nie wątpimy też, że będzie ono szybko rozchwytane i zdobić będzie bibliotekę każdego lekarza. Nie wątpimy też, że nie będzie to ostatnia praca D-ra Biedańskiego, który okazał tyle talentu pedagogicznego już w pierwszym swym podręczniku naukowym.

Feliks Arnstein (Kutno).

Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski E. Sonnenber.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 19 Февраля 1892. г.

Druk. i Lit. R. Resiger. Łódź.